

УДК 159.9

В. В. Можайский

**Телесно-двигательные асимметрии
в психотерапии психосоматических расстройств личности**
описание психотерапевтического случая

Аннотация:

В статье представлена психотехническая методика в работе с психосоматическими расстройствами, основанная на идее «симметрии и асимметрии». Дан краткий экскурс в историю идеи и ее связь с современными методами диагностики различных функциональных и органических нарушений мозга, высших психических функций, а также функциональных нарушений телесно-двигательной сферы личности. На примере из практики продемонстрированы приемы работы с психосоматическим расстройством, исходя из предварительной диагностики телесно-двигательных асимметрий.

Ключевые слова: симметрия, асимметрия, телесно-двигательная сфера личности, телесный симптом и эмоционально-психологическая проблема, отзеркаливание

Об авторе: Можайский Владислав Валериевич, Государственного университета «Дубна», старший преподаватель кафедры психологии факультета социальных и гуманитарных наук; эл. почта: vladmozhajsky@gmail.com

Идея телесно-двигательных асимметрий, как диагностического материала для работы с психосоматическими расстройствами, родилась в процессе моего профессионального сотрудничества с нейропсихологами и неврологами, исследовавшими функциональную и органическую асимметрию полушарий головного мозга ребенка в его онтогенезе [3; 14]. В современной науке понятие «асимметрия» корнями уходит в физику, а также исследования В.И. Вернадского и выводы, сделанные им после встреч с учеными-физиками Марией Кюри и ее мужем Пьером Кюри, занимавшимися разработкой проблемы симметрии и «дисимметрии». В своем труде «Принцип симметрии в науке и философии» Вернадский утверждает, что идеи Л. Пастера и П. Кюри требуют не только научного и философского развития. В процессе изучения этого физического явления ученый приходит

к выводам об универсальности принципа симметрии, распространяя его на явления микромира, а также макромира — пространство Космоса [12, с. 34].

Тело пациента в данном случае также можно рассматривать с этой позиции, в качестве своего рода матрицы, где запечатлены как физические, так и связанные с ними эмоционально-психологические особенности развития человека, его личности, включая ситуативные шоковые и хронические фоновые эмоционально-психологические травмы. Под физическими особенностями, в частности, рассматривается гипер- либо гипо-тонус мышц в различных участках тела, при этом, зачастую выраженный в асимметричном расположении различных участков тела относительно определенных точек и осей. Данные особенности часто не осознаются пациентом или воспринимаются им как нечто само собой разумеющееся, привычное, пусть даже и доставляющее физический дискомфорт.

Наблюдаемый телесный симптом может быть определен, в том числе, как соматическая асимметрия тех или иных участков тела относительно различных осей тела. При этом рассматриваются два основных типа осей, которые параллельны и перпендикулярны линии позвоночника. Перпендикулярные оси подразделяются, в свою очередь на два типа — «боковые» и «фронтальные». Боковые оси (их три) проходят от одной боковой части тела к другой на трех уровнях — шея, грудь, поясница. Фронтальные (их тоже три) — от передней части тела к задней на этих же трех уровнях. В данном случае «сверхзадача» психотерапевтического процесса заключается в гармонизации эмоционально-психологического, физического состояния пациента и балансировке, таким образом, геометрии его тела.

Некоторые пациенты, узнавая об подобных асимметриях, поначалу удивляются, т.к. их жалобы, если они касаются физического самочувствия, могут относиться к совершенно другим участкам тела. Например, жалоба пациента может быть связана с неприятными ощущениями в области поясницы, при этом в его теле ярко выражена плечевая асимметрия — одно плечо значительно выше другого, если смотреть на тело пациента спереди — во фронтальной проекции. Спина сгорблена, грудная клетка закрыта для полноценного вдоха, если смотреть сбоку — в боковой проекции. При этом если пациент начинает обращать более пристальное внимание на эти участки тела, то начинает чувствовать дискомфортные ощущения в соответствующих и соседних участках тела. Диагностическая работа, таким

³ В телесно-ориентированном психотерапевтическом подходе подобного рода проблемный (заблокированный) участок тела рассматривается в качестве физического симптома, заметного при внешнем осмотре, в качестве соматического проявления неразрешенной эмоционально-психологической проблемы клиента.

образом, может направляться как на актуальное болевое ощущение, так и на другие области тела, находящиеся в асимметричном состоянии, если пациент *выражает желание и готовность* исследовать свое тело.

И в том, и в другом случае важно представлять полную картину телесных блоков и асимметрий, которые, как правило, между собой взаимосвязаны и влияют друг на друга. Эти взаимовлияния носят одновременно негативный и позитивный характер, так как в одном случае они усиливают общее болезненное состояние, ведущее в итоге к энергетическому истощению. В другом - будучи физиологически связанными между собой, блоки и асимметрии исчезают даже тогда, когда терапия проводится с другими заблокированными частями тела пациента по принципу положительной «цепной реакции», особенно, если в процессе исследования и терапии найден и устранен «первопричинный» блок. Такое может происходить, например, при снятии мышечного зажима в шейно-воротниковой зоне, в области нижней челюсти, мышц таза, голеностопного сустава, ступней, после чего пациент может чувствовать общее расслабление и приятные ощущения в самых разных участках тела.

Описываемые ниже фрагменты протокола терапевтической работы и комментарии к ним иллюстрируют тактику и стратегию диагностики и психотерапевтической работы, начинающейся с исследования тела пациента.

Пациент — мужчина 30 лет, имеющий представление о телесно-ориентированной психотерапии. Первичный запрос: *«Я хотел бы лучше понимать и чувствовать себя, свое тело, ...как мои физические проблемы связаны эмоциональными, психологическими проблемами».*

Данный запрос на первом этапе можно отнести к области самоисследовательских, обусловленных изначально не конкретной выраженной проблемой, болезнью, дискомфортом, но стремлением лучше понимать себя. И хотя из практики очевидно, что за подобным запросом могут стоять определенные, неосознаваемые пациентом мотивы обращения к психотерапевту, форсированное «вскрытие» терапевтом этих мотивов может спровоцировать у пациента, своего рода «кессонную болезнь», сильное сопротивление терапии, вплоть до отказа от нее.

Терапевт (Т): Попробуйте немного подвигаться, походить привычной походкой, которой обычно ходите (пациент начинает двигаться по комнате и останавливаться)

Т.: Я буду вас «зеркалить», подражая вашим же движениям, немного усиливая — утрируя их. Если у вас, глядя на меня, возникнут какие-либо ассоциации, образы, мысли,

вы можете поделиться (мужчина продолжает двигаться и останавливаться, поглядывая на терапевта и в реальное зеркало, находящееся в кабинете).

Пациент (П) (улыбаясь): Да, это похоже на меня, моя походка, моя поза!

Т.: Хорошо, продолжайте двигаться, стараясь усилить своей позой, движением то, что вы видите. Я буду продолжать вас «зеркалить» (пациент активно и увлеченно выполняет инструкцию, утрируя позу, движение).

Т.: Похоже, вас заинтересовал процесс. Как вы относитесь к тому, что видите? Попытайтесь дать любые характеристики тому, что чувствуете в таком движении, какой образ у вас рождается при взгляде на себя со стороны.

П.: Я чувствую зажатость в теле, особенно в области шеи, а при взгляде на эти позы у меня возникает образ робкого и нерешительного человека, это мое, я знаю об этом, это у меня давно.

Т.: Как вам это?

П.: Я отношусь к этому нормально. Я уже приспособился, и эти проблемы не очень мешают мне в жизни и не очень волнуют (*В данном случае, пациент обозначил свои «границы». Кроме того, работать с этими проблемами «робости и нерешительности», в данный момент не было объективной необходимости, т.к. они были достаточно осознаваемы пациентом и не доставляли ему выраженного дискомфорта. На этом этапе попытка входа в процессуальную работу осуществлялась через телесные позы, произвольные и полупроизвольные движения, с использованием психотехнических приемов «зеркало» и «утрирование поз и движений».*

Т.: Мы можем продолжить исследовательскую работу (после объяснения существа этой работы пациент выразил согласие к продолжению исследования).

Т.: В какой позе вам наиболее комфортно сейчас находиться, стоя, лежа, сидя, в движении? (пациент некоторое время размышляет и пытается прислушаться к своим ощущениям в теле, выбирает положение «стоя», на первом этапе такого исследования, затем, «лежа» — на втором).

В процессе визуального осмотра тела пациента стали очевидными следующие асимметрии, относительно вертикальной центральной оси позвоночника, в фронтальной, задней проекции тела, а также относительно горизонтальных осей на трех уровнях в боковой проекции.

Положение «стоя» — фронтальная проекция, по трем осям, сверху вниз:

— шея смещена влево;

- левое плечо ниже правого;
- туловище от поясницы больше наклонено вправо;

Боковая проекция, также по трем осям:

- голова вместе с шеей заметно выдается вперед и вжата в плечи;
- плечи сутулые, закрывающие и как бы сдавливающие грудную клетку;
- таз поджат кпереди.

Сбоку туловище напоминает дугу с вогнутой в области груди, даже вдавленной средней частью тела, при этом грудная клетка при вдохе и выдохе практически не двигается.

Положение «лежа на спине» — фронтальная проекция:

- в верхней части тела проявились те же асимметрии, что и в положении стоя;
- кисть левой руки более сжата, чем правая;
- изогнутость тела вправо в области поясничного отдела туловища, как будто пациент лежа выполняет наклон туловища вправо;
- правая нога видится короче левой;
- ступни ног находятся под разными углами к плоскости пола;
- дыхание еле заметное, а дыхательное движение в области грудной клетки отсутствует вообще.

У пациента была возможность при помощи зеркал самостоятельно убедиться в наличии этих асимметрий, многие из которых были им не осознаваемы, в связи с чем возникло удивление, ставшее мотивирующим эмоциональным фоном для дальнейшей работы. Наибольший интерес пациент проявил к асимметрии в плечевом поясе. При этом мышцы, особенно левого плеча, даже при поверхностном взгляде и прикосновении диагностировались, как перенапряженные и находились в состоянии ярко выраженного гипертонуса. Плечо как бы давило, «репрессировало» левую часть грудной клетки — область сердца.

Т.: Найдите комфортное, удобное положение тела, в котором вы чувствуете себя наиболее спокойно (пациент выбирает удобное положение, устраиваясь сидя на стуле).

Т.: Я буду очень осторожно прикасаться к области левого плеча, если у вас возникнут какие-либо ощущения, скажите мне об этом (в данном случае используется принцип гомеопатии «подобное подобным» — давление на сдавленную часть тела).

П. (после легкого прикосновения и надавливания на плечо сверху вниз): У меня появился дискомфорт и неприятные ощущения в области сердца.

Т. (прекратив давление): Усилился дискомфорт в области сердца, и я вижу, что меняется и дыхание.

П.: Оно как бы замирает, это привычно и неприятно...

Т.: Чего бы хотелось сейчас?

П.: Изменить позу (пациент делает несколько движений плечами, освобождающих и открывающих грудную клетку, начиная более глубоко дышать).

Т.: Похоже, что-то изменилось.

П.: Да, дискомфорт значительно уменьшился.

Т.: Насколько вам знаком дискомфорт в области сердца?

П.: У меня это было в подростковом возрасте, родители водили к врачам, поставили мне диагноз «кардионевроз».

Т.: Похоже, этот дискомфорт проявляется и в настоящее время...

П.: Иногда, в основном когда происходят конфликты с женой, а раньше боль возникала при конфликтах с матерью.

Т.: Конфликтные ситуации в прошлом с матерью, а сейчас с женой вызывают у вас это неприятное состояние...

П.: Да, особенно конфликты с женой, мне очень плохо, когда мы конфликтуем, особенно, когда я слышу требования и обвинения в свой адрес... Каждый раз я чувствую свою вину, раздражение, злость на себя и на нее...

Т.: Для вас это неприятная ситуация, много разных чувств, когда она от вас что-то требует или обвиняет...

П.: Да, я как бы замираю, ничего не отвечаю, ничего не говорю (*можно вспомнить, как замирало дыхание пациента, когда он ощутил сердечный дискомфорт*). Я чувствую боль в сердце, похожую на ту, которая возникла сейчас.

Т.: Похожие ощущения...

П.: Я и сейчас начинаю чувствовать это раздражение и опять дискомфорт в области сердца, вспомнил последний конфликт с женой...

Т.: Похожее состояние и похожие ощущения, когда вы вспомнили последний конфликт... Вы как-то понимаете, что это состояние сейчас «с вами»...

П.: Да, я опять сдерживаю себя, стараюсь не проявлять внешне чувств, оно как бы внутри меня...

Т.: И опять дискомфорт...

П.: Привычное состояние, и мне нехорошо...

Т.: Для вас привычно быть в подобном состоянии, переживать неприятные чувства и сдерживать их, никак внешне их не выражая...

П.: Я так всегда себя вел и с женой, и с родителями...

Т.: И сейчас в нашем контакте вы себя ведете так, как привыкли...

П. (раздраженно): Да! Я же сказал, что я так привык!

Т. (спокойно): Похоже, сейчас вы позволили себе проявиться вашему раздражению...

П. (несколько смущаясь): У меня было очень сильное раздражение, когда вы сказали, что я и сейчас веду себя также, как всегда.

Т.: И вы позволили себе сейчас это раздражение проявить...

П.: Как-то необычно, немного переживаю за то, что вылил его на вас, стало легче, но в теле остается еще немного напряжение.

Т.: Это естественно, и мне нормально, что вы позволяете себе проявить здесь свое раздражение.

П. (начинает трясти руками, при этом дыхание становится более глубоким): У меня исчез дискомфорт в области сердца, для меня это очень необычный опыт внешне проявлять свое раздражение. Обычно я не показываю, что переживаю, это старая привычка... Я понимаю, что когда я позволил себе сейчас проявить раздражение в словах и движении, мне стало значительно легче.

В дальнейшем процесс был направлен на работу с чувствами гнева и вины, которые испытывал пациент по отношению к жене, а также на осознание причин — психологических установок и телесных блоков, мешающих эмоциональной экспрессии. Последние касались его истории взаимоотношений со своей матерью. По окончании сессии была повторно проведена диагностика тела, геометрия которого явно изменилась в сторону большей симметрии, что явно сочеталось с более уравновешенным эмоционально-психологическим состоянием.

Описанный случай иллюстрирует последовательную — «послойную» работу с психосоматическим расстройством, которая начинается с исследования тела пациента, а также различные стратегии движения в психотерапевтическом процессе⁴. Индивидуальная

⁴ Процессуальная работа в данном и других случаях опирается также на два важных принципа — гомеопатический и аллопатический: 1) на подобное воздействуют подобным и 2) на подобное воздействуют противоположным. Идеи и принципы гомеопатии изложены примерно двести пятьдесят лет назад Самюэлем Ганеманом в его труде «Органон врачебного искусства». Подобные идеи излагает Георгий Гурджиев в своем учении «четвертого пути» («Взгляд из реального мира»).

и групповая психологическая работа, направленная на подобное исследование, дает возможность таким образом обнаружить негативную симптоматику телесно-моторной системы на первом этапе, соотнести эту симптоматику с эмоционально-психологическими проблемами на втором и эффективно решить задачу лечения психосоматического расстройства личности на третьем этапе.

Библиографический список:

1. Айламазьян А.М. Метод наблюдения и беседы в психологии. М.: Учебно-методический коллектор, 2000. 480 с.
2. Арина Г.А. Психосоматический симптом как феномен культуры // Телесность человека: Междисциплинарные исследования. М., 1993. С. 48-58.
3. Архипов Б.А., Максимова Е.С., Семенова Н. Нарушения восприятия себя, как основная причина формирования искаженного психического развития особых детей. М.: Диалог-МИФИ, 2016. 64 с.
4. Березкина-Орлова В.Б., Баскакова М.А. Телесно-ориентированная психотехника актера (Методические рекомендации к проведению тренинга). М., 2013. 7 с.
5. Бройтигам, В., Кристиан П., Рад М., Психосоматическая медицина, М.: ГЭОТАР Медицина, 1999. - 376 с.;
6. Лэндрет Г. Игровая терапия: искусство отношений. М., 1994. 368 с.
7. Можайский В.В. Психология целостного опыта Симферополь: Таврида, 1998. 153 с.
8. Можайский В.В. Стресс-менеджмент или скорая помощь на рабочем месте // Корпоративная культура. 2007. № 1. С. 16-19.
9. Можайский В.В. Экологическая психотерапия психосоматических и соматопсихологических расстройств личности (монография в 2-х частях). Дубна: Государственный университет «Дубна», 2018. 452 с.
10. Николаева В.В. О психологической природе алекситимии // Телесность человека: междисциплинарные исследования. М., 1993. С. 84-93.
11. Райх В. Функция оргазма. М.: АСТ, 1997. 304 с.
12. Росов В.А. Вернадский и русские востоковеды. Мысли - Источники – Письма. Спб.: Институт истории естествознания и техники РАН, 1993. 144 с.
13. Рудестам К.Э. Групповая психотерапия. Психокоррекционные группы: теория и практика / Общ. ред. и вступ. ст. Л.А. Петровской. М.: Прогресс; Универс, 1993. 368с.
14. Семенович А.В. Нейропсихологическая коррекция в детском возрасте. Метод замещающего онтогенеза: Учебное пособие. М.: Генезис, 2007. 474 с.
15. Шапиро Д. Невротические стили. М.: Институт общегуманитарных исследований, 1998. 198 с.
16. Boadella D. Life streams. Routledge & Kegan Paul, London and New York, 1987.

Mozhaiskii V.V. Diagnosis bodily movement asymmetries psychosomatic personality disorders in psychotherapy description of a psychotherapeutic case

The article presents a psycho-technical methods in the work with psychosomatic disorders, based on the idea of "symmetry and asymmetry". A brief excursion into the history of the idea and its connection with modern methods of diagnosis of various functional and organic disorders of the brain, higher mental functions, as well as functional disorders of the bodily-motor sphere of the individual. On the example from practice methods of work with psychosomatic disorder, proceeding from preliminary diagnostics of bodily-motor asymmetries are shown.

Keywords: symmetry, asymmetry, body-motor sphere of the personality, bodily symptoms and the emotional-psychological problem, mirroring