

ных, позволяющих проводить физиологический мониторинг состояния обучаемого во время тренировки). Обратная связь при работе с Реакором предоставляется с помощью более 25 вариантов образов обратной связи (ООС) визуальной, звуковой и тактильной модальности. Реализуется возможность формирования и предъявления желательного дыхательного стереотипа с любыми амплитудными и временными характеристиками с применением ООС «Задающий график» и «Задающий генератор». Это инструменты формирования и предъявления эталонного дыхательного стереотипа. В этих режимах задаются необходимые параметры ДЦ, в том числе, закономерно изменяющиеся на протяжении этапа. Таким образом, обучаемый получает наглядную модель, эталонный ДЦ, соответствующий цели упражнения, и освобождается от необходимости следить за дыхательным ритмом с помощью достаточно утомительного самостоятельного подсчета продолжительности фаз ДЦ, частоты дыхания в минуту и т.д. Для учета реальных возможностей обучаемого и соответствия их поставленной задаче предусмотрено оперативное изменение порогов. Реакор позволяет редактировать базовые или создавать новые сценарии тренировок для обучения различным техникам, оптимизируя процесс тренировки для каждого конкретного случая. Возможность подключения тактильной модальности реализуется с помощью акустического кресла (разработка «Медиком МТД»), которое реализует обратную связь через виброзвуковое воздействие на сидящего в нем человека, заметно активизируя концентрацию внимания на телесных ощущениях.

Оценка эффективности обучения реализуется с применением режимов курсовой и поэтапной динамики. Доступны несколько режимов обработки данных, полученных в ходе выполнения процедуры. Об успешности тренинга можно судить по сохранению приобретенного стереотипа на фоновых и итоговых этапах текущего сценария, достижению желательных изменений исходных параметров от занятия к занятию. Для полного представления о ходе тренинга желательно получать и субъективную оценку (по ощущениям обучаемого при опросе в режиме «пауза» в ходе процедуры или после ее окончания).

При обучении произвольному управлению дыханием, связанному с изменением привычного дыхательного стереотипа, присутствует опасность развития гипервентиляции и различных нежелательных состояний. Мониторинг физиологических процессов призван помочь выявить значимые изменения в организме, вызванные изменением привычного способа получения кислорода (например, анализ ЭЭГ для отслеживания возможных пароксизмальных знаков, анализ ЭКГ для определения напряженности регуляторных механизмов и вегетативного баланса).

БИБЛИОГРАФИЧЕСКИЙ СПИСОК

1. *Ингерлейб М.Б.* Путеводитель по дыхательным гимнастикам: анализ известных методик – М.: АСТ «Астрель», 2006. – С. 148, 273, 295.
2. *Кочарян Г.С.* Биологическая обратная связь в терапии сексуальных расстройств // Медицинские исследования, 2001. – Т. 1. – Вып. 1. – С. 120.

УДК 612.821

А.И. Астахова, Т.А. Кицина

БОС ТРЕНИНГ КАК ИНСТРУМЕНТ ТЕРАПЕВТИЧЕСКОГО КОНТАКТА

Несмотря на бурное развитие телесно-ориентированных направлений, современная психотерапия уделяет явно недостаточное внимание психофизиологическим аспектам. Это внимание непропорционально ни сегодняшним знаниям в этой отрасли наук о челове-

ке, ни уровню развития современной технологии. Являясь технологией, опирающейся на данные целого ряда наук о человеке (медицины, неврологии, психофизиологии, психологии и других), метод функционального биоуправления с биологической обратной связью или БОС терапия отвечает актуальной потребности в выработке холистического, целостного взгляда на функционирование человека, и может использоваться как один из инструментов, позволяющих наглядно ориентироваться во взаимосвязях психофизиологических и психических феноменов.

В основе БОС терапии лежит принцип целесообразного саморегулирования произвольных функций с использованием систем внешней обратной связи. Человеку предоставляется информация о текущем состоянии какой-либо функциональной системы его организма. При этом БОС терапия обладает рядом признаков, присущих психотерапии в широком смысле. Это метод лечения, влияющий на состояние и функционирование организма в сферах психической и соматической деятельности; это метод оказания воздействия, активирующего процесс научения; его можно рассматривать как комплекс явлений, происходящих в ходе взаимодействия и общения людей.

Так, например, есть основания рассматривать БОС терапию в русле телесно-ориентированной психотерапии. Тогда можно заметить, что этот метод открывает доступ к гораздо более информативным, и, что принципиально, объективным данным, отражающим особенности глубинного реагирования индивида, чем традиционные телесно-ориентированные подходы. Познание личности через познание тела, суть телесно-ориентированной терапии, переходит здесь на новый психофизиологический уровень, приводит к значимому увеличению пространства самоосознания.

Гуманистическое направление применительно к БОС терапии интересно, прежде всего, своим фокусом на позитивных личностных изменениях клиента, а не просто на устранении симптома. Такой взгляд помещает в поле внимания терапевта не только успешность или неуспешность клиента в обучении навыкам саморегуляции, т.е. качество образования новых условно-рефлекторных контуров регуляции и позитивные изменения в проявлениях симптома, но и все богатство персонального опыта клиента, с которым связаны проявления симптома и процесс его изменения. Здесь ценность биоуправления также в возможности непосредственного взаимодействия с психосоматическими феноменами клиента и в осуществлении личностного роста через осознание себя в теле. Информация о взаимовлиянии психики и функциональных систем, предъявляемая в режиме реального времени, дает уникальный материал для целостного и объективного определения значения того или иного факта, формирующего запрос клиента вне его вербального описания. Появляется возможность работать с психологическими защитами на психофизиологическом уровне: определять, какие системы организма оказываются заинтересованы в этих процессах, как они реагируют на психотерапевтическое вмешательство и т.п.

Следует подчеркнуть существенное значение объективности процессов, протекающих в ходе БОС терапии – регистрация, реализация обратной связи, запись проведенной процедуры и накопление данных в течение курса помогают удерживать внимание клиента в поле психотерапевтического процесса. В ряде случаев именно высокая степень объективности и «невербальности» процедур БОС определяет успешность психотерапии в целом. Это может происходить при работе с клиентами с высоким уровнем алекситимии, с выраженными шизоидными чертами личности, может дать реальное представление о телесной реакции на то или иное действие, независимо от субъективного представления о нем самого клиента.

В этой работе предлагается попытка расширить сферу применения БОС терапии за счет приложения к ней некоторых базовых понятий гештальт-подхода, сочетающего в себе основы гуманистического и телесно-ориентированного направлений психотерапии.

Выбор гештальт-подхода обусловлен, прежде всего, тем, что здесь в качестве причины соматического или психического неблагополучия индивида рассматриваются сбои в процессе удовлетворения его потребностей и разработаны методические и практические способы коррекции этих нарушений.

Принято считать, что «в любом случае болезнь есть нарушение нормального (оптимального) способа реализации потребностей». Терапия в этом случае есть поиск и реализация нормальных (оптимальных) способов реализации потребности. БОС терапия может способствовать обнаружению неосознаваемых следов неудовлетворенных потребностей на уровне функциональных систем организма, а, следовательно, облегчать осознание самих потребностей и поиск способов их нормального удовлетворения через саморегуляцию и восстановление оптимального функционирования.

В гештальт подходе осознание, т.е. выделение из неструктурированного фона фигуры потребности является одной из основных терапевтических целей. В БОС терапии, совмещенной с гештальт подходом, цель – осознание потребности, неудовлетворение которой формируется на уровне отношений, а разворачивается на уровне функциональных систем организма (т.е. сперва более в поле отношений, а затем в более в поле организма).

Осознание причины сбоя функционирования в этой модели происходит на уровне наиболее непосредственного (но неявного) проявления дисфункции, т.е. на уровне органов и систем. Оно происходит при исследовании функции, наиболее отвечающей запросу клиента и его гипотетической (поскольку клиент или пациент на этой стадии работы может её не осознавать или не сообщать о ней) неудовлетворенной потребности, а также при исследовании процесса терапевтических изменений в виде реагирования на значимый стимул, на фрустрацию, на изменение привычного способа действия во время терапевтического эксперимента. Такое реагирование может быть позитивным, конструктивным и будет проявляться появлением новых положительных ощущений, например, связанных с расслаблением, снятием мышечного зажима или восстановлением нормальных значений контролируемого параметра. Реагирование в ходе терапии может быть и деструктивным, обусловленным физиологическим проявлением защитных механизмов. Оба способа открывают дополнительные направления для развития терапевтической стратегии.

Решение запроса в модели БОС терапии, совмещенной с гештальт подходом, может происходить при анализе следующих процессов, непосредственно увиденных самим клиентом в ходе процедуры (а не описанных для него терапевтом): физиологического выражения сопротивления или негативной реакции, физиологического реагирования при моделировании удовлетворения потребности, реагирование при взятии на себя ответственности за формирование нежелательных функциональных реакций, при реализации иного способа ответа на значимый стимул. Именно возможности БОС комплексов делают наглядными эти процессы:

1. Исследование различных психофизиологических аспектов запроса.
2. Построение рабочей гипотезы о содержании запроса по анализу динамики психофизиологических (находящихся «вне цензуры сознания») данных:
 - исследование особенностей психофизиологического реагирования клиента в режимах работы, имеющих различное психологическое содержание;
 - фоновая регистрация параметра (исследуется состояние клиента вне активной работы с параметром);
 - произвольное управление на разных стадиях работы (исследуется психофизиологический аспект реакции на «принятие ответственности за симптом»).
3. Проверка гипотезы о дефицитарной потребности:
 - изучается психофизиологическое реагирование на значимые или фрустрирующие стимулы;

– проводится поиск «гомологичных» реакций, т.е. личностных аналогий замеченным особенностям динамики контролируемого параметра, развитие или уточнение терапевтической метафоры;

4. Работа с терапевтической метафорой в поле психотерапии и/или БОС терапии:

– терапевтическая стратегия вырабатывается с опорой на особенности психофизиологического реагирования клиента;

– работа по изменению личностного аспекта запроса через произвольную регуляцию его психофизиологического аналога;

– исследование психофизиологического аспекта терапевтического процесса (позитивных, конструктивных изменений или защитных, реструктивных реакций).

5. Ассимиляция опыта, полученного клиентом в ходе интегральной БОС терапии:

– обсуждение с клиентом результатов проведенной процедуры по субъективным и объективным данным;

– обсуждение с клиентом эффективности курса как по успешности выработки навыков саморегуляции, так по проявлениям различных аспектов запроса в обыденной жизни;

– экспериментальное возвращение к исходному состоянию контролируемого параметра (если возможно), обсуждение субъективных ощущений;

– проведение контрольной процедуры спустя определенный промежуток времени.

Задачи клиента, решаемые с помощью интегральной БОС терапии:

1. Осознание связи между психологическим и соматическим аспектами собственной личности:

– получение опыта длительного контакта с неосознаваемыми ранее аспектами собственной телесности, формирование и поддерживание в ходе тренинга особого интроспективного внимания;

– получение опыта одновременного отслеживания психических и соматических событий во время тренинга.

2. Принятие ответственности за психосоматические проявления симптома или осознание влияния жизненного опыта и ценностных установок на формирование психофизиологических реакций:

– получение опыта изменения контролируемого параметра как под влиянием спонтанной, так и под влиянием терапевтически обусловленной произвольной регуляции;

– работа с терапевтической метафорой, связывающей различные аспекты проявления симптома в режиме текущей регистрации параметра;

– осознание и работа с психофизиологическими аспектами дефицитарной потребности и защитных механизмов, удерживающих неэффективную адаптацию к ситуации неудовлетворения потребности.

3. Ассимиляция полученного опыта в целом происходит по схеме, описанной в соответствующем разделе для терапевта.

Ниже предлагается описание работы в интегрированной БОС терапии при запросах, в которых выявляется заинтересованность системы внешнего дыхания. Цель в данном случае – осознание клиентом личностных смыслов «патологических» паттернов дыхания (здесь под патологическими понимаются неадекватные дыхательные стереотипы, например, учащенное дыхание в состоянии покоя, выраженные изменения длительности фаз дыхательного цикла и т.п.).

Известно, что дыхание является средством самовыражения. Оно отражает эмоциональные процессы и раскрывает их лучше, чем любая другая вегетативно управляемая функция. Для психотерапевта дыхание не только физиологическая функция, которая осуществляется и регулируется потребностями человека. Она является фундаментальным свойством состояния собственного Я, это способ обмена и установления равновесия между индивидуумом и средой. Дыхание является процессом, отражающим автономное суще-

ствование. Психосоматический анализ каждого нарушения функции дыхания должен раскрывать роль дыхания и значимость той или иной формы его нарушения, исходя из общей ситуации клиента. Речь при этом идет не только о тривиальном психосоматическом, а о значительно более сложном, системно связанном сочетании соматических, психических, социальных и иных значимых факторов.

Для того чтобы проанализировать состояние клиента по его дыханию, терапевт должен суметь заметить самые тонкие различия в этом процессе. Это требует особых навыков, умения удерживать внимание в поле феноменологии клиента, отслеживая сразу несколько её уровней. Такие навыки вырабатываются далеко не сразу, требуют значительного напряжения. К тому же замеченные особенности в дыхании трудно описать, сравнить, объективно предоставить клиенту. Эти же сложности возникают перед терапевтом в том случае, когда он включает в стратегию работы обучение клиента иному дыхательному стереотипу с помощью дыхательных упражнений.

Применение респираторного БОС тренинга как психотерапевтического инструмента предоставляет следующие возможности:

1. Визуализация и запись временных и динамических особенностей дыхательного ритма клиента (длительность различных фаз, амплитудные характеристики, отражающие тип дыхания, диафрагмальный или грудной, частоту дыхания и т.д.): это дает возможность использовать их в качестве терапевтической метафоры. Психосоматические взаимоотношения получают особую наглядность и могут рассматриваться как гомологичные процессы – телесное реагирование соотносится с реагированием эмоциональным и/или поведенческим. Таким образом, аналог динамики физиологического процесса может быть определен в поле психических реакций. Так, соотношение длительности вдоха-выдоха может быть исследовано как соотношение процессов активации-расслабления, возбуждения-торможения, принятия ресурса – отдачу ресурса. Опираясь на объективные зарегистрированные физиологические данные, можно работать с углублением осознания типичных способов реализации этих процессов на различных уровнях жизнедеятельности клиента.

2. Мониторинг изменений в контролируемом параметре дает возможность связывать определенные ощущения с конкретными особенностями регистрируемого процесса, перестраивать динамику дыхательного стереотипа, а также более четко замечать связь телесных и эмоциональных ощущений.

3. Облегчение, благодаря предьявлению обратной связи, концентрации внимания для клиента во время проведения рабочих этапов, особенно, если в задачу тренинга входит переход на диафрагмальное дыхание со снижением вклада дыхания грудного типа.

4. Моделирование замеченных в тренинге дыхательных стереотипов («сдавленное», «рыдающее», «всхлипывающее») может привести к восстановлению вытесненных психотравмирующих ситуаций из опыта клиента для проработки и снижения их влияния на актуальное настоящее.

5. Возможность использовать материалы первых процедур курса для ассимиляции полученного терапевтического эффекта: как правило, после проведенного тренинга человеку непросто продемонстрировать старый неэффективный тип дыхания, предьявляемый в записях первых процедур.

6. Стимуляция осознания переживаемых психофизиологических феноменов и смещение фокуса осознания на личностные и социальные аспекты жизни клиента путем тренировки физиологически оптимального дыхательного стереотипа.

7. Высокая вероятность терапевтичности для клиента опыта контакта с собственным телом на ранее объективно недоступном для осознания уровне.