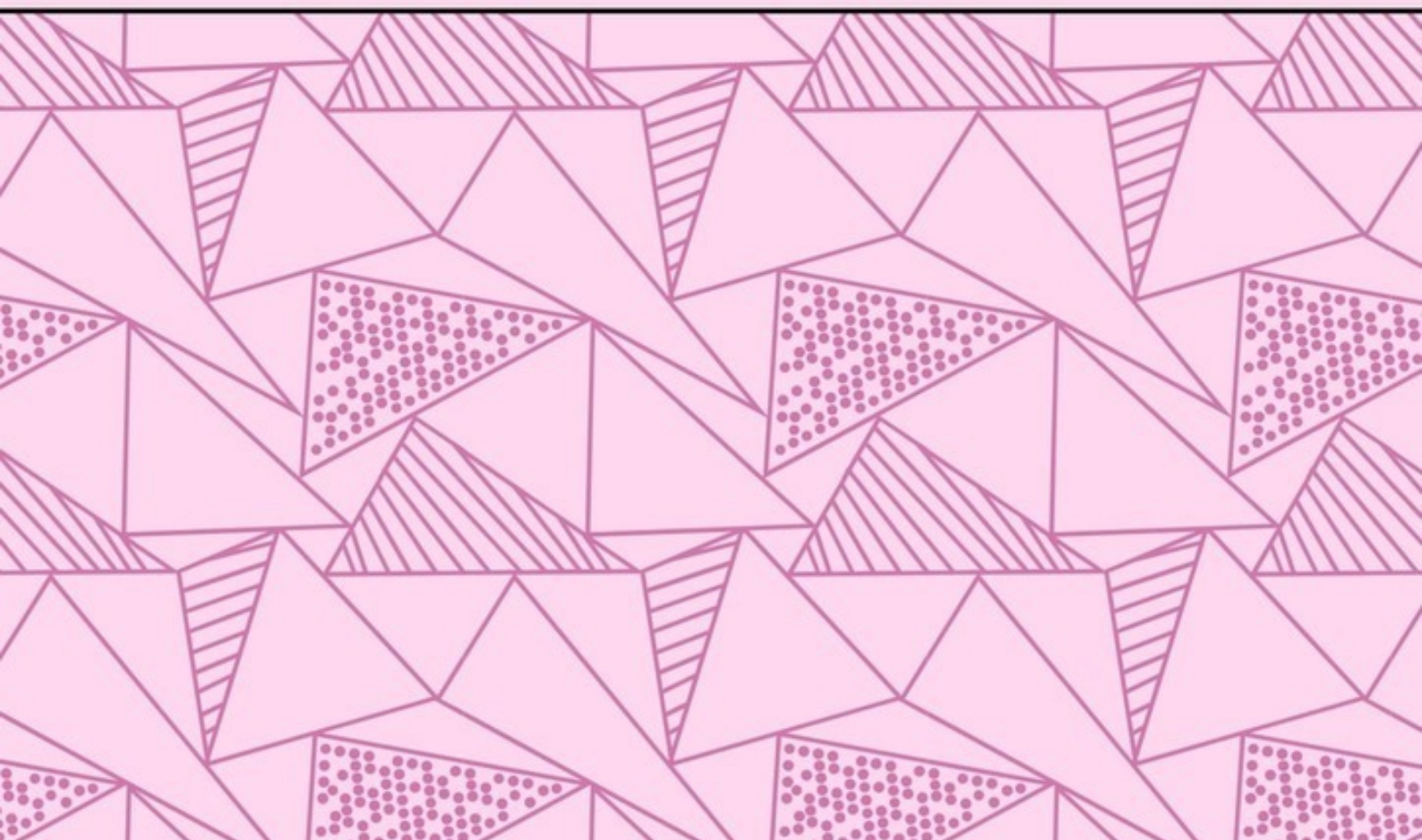


Марк Евгеньевич  
Сандомирский

---

*Интегративная  
концепция  
психосоматических  
расстройств*

---



Марк Сандомирский

**Интегративная концепция  
психосоматических расстройств**

«Издательские решения»

**Сандомирский М. Е.**

Интегративная концепция психосоматических расстройств /  
М. Е. Сандомирский — «Издательские решения»,

ISBN 978-5-44-963100-8

В монографии представлен анализ личностных особенностей, лежащих в основе формирования психосоматических расстройств. Основное внимание уделяется инфантильности на уровне психологическом и регрессии — на уровне соматическом. Рассмотрены регрессионные механизмы отдельных психосоматических симптомов. Книга предназначена для специалистов, интересующихся психосоматическими расстройствами, — как психологов, так и медицинских и социальных работников.

ISBN 978-5-44-963100-8

© Сандомирский М. Е.  
© Издательские решения

# Содержание

|   |    |
|---|----|
| Введение  | 6  |
| 1. Системный подход к описанию психосоматических расстройств                                      | 7  |
| 2. Ресурсно-ориентированный принцип   | 8  |
| 3. Этиопатогенетический соматический аспект интегративной концепции психосоматических расстройств | 9  |
| 4. Психопатологический аспект интегративной концепции психосоматических расстройств               | 11 |
| Конец ознакомительного фрагмента.   | 12 |

# **Интегративная концепция психосоматических расстройств**

**Марк Евгеньевич Сандомирский**

© Марк Евгеньевич Сандомирский, 2019

ISBN 978-5-4496-3100-8

Создано в интеллектуальной издательской системе Ridero

В монографии представлен анализ личностных особенностей, лежащих в основе формирования психосоматических расстройств. Основное внимание уделяется инфантильности на уровне психологическом и регрессии – на уровне соматическом. Рассмотрены регрессионные механизмы отдельных психосоматических симптомов.

Книга предназначена для специалистов, интересующихся психосоматическими расстройствами, как врачей, так и психологов

## Введение

В последние годы в связи с широкой распространенностью все большую актуальность как в клиническом, так и в социальном и социально-психологическом аспекте приобретают психосоматические заболевания (ПСЗ). В психологическом аспекте целесообразно рассматривать более широкую группу – психосоматические расстройства (ПСР), включающие как клинически манифестированные формы заболеваний, так и латентно протекающие, а также донозологические нарушения. Учитывая наличие выраженных соматических проявлений, сюда можно причислить также психосоматические заболевания, рассматриваемые в Международной классификации болезней (МКБ-10) в группе душевных расстройств: пограничные нервно-психические расстройства (соматоформные, а также невротические и связанные со стрессом) и соматизированные депрессии.

В настоящее время в академической и практической психологии существует большое количество разнородных, зачастую противоречащих друг другу теоретических моделей, описывающих формирование и протекание ПСР (Ф. Александер; М. Зелигман; П. Сифнеос; П. Марти; К. Блум; Г. Селье; Г. Бенсон; В. Икскуль; В. Райх; М. Шур; А. Митшерлих; П. Шильдер; Ф. Данбар; У. Глассер и др.). Это делает актуальной задачу создания интегративной концепции психосоматических расстройств.

Фактически, целесообразность и необходимость такого подхода диктуется самим статусом психосоматики как междисциплинарного научного направления. Как известно, психологическое определение психосоматики рассматривает ее как направление психологии (раздел психологии медицинской), исследующее влияние психических факторов на возникновение различных заболеваний (Головин С. Ю., 1998). Клиническое же определение психосоматики формулируется как медицинский подход к объяснению болезней, при котором особое внимание уделяется роли психических факторов в возникновении, течении и исходе соматических заболеваний (Ляликов Д. Н., 1969—1978). С этой точки зрения даже термин «психосоматические расстройства» в целом означает тип психического заболевания (Корсини Р., Ауэрбах А., 2006). Конечно, в действительности более полным является определение психосоматики как междисциплинарного направления психологии, психиатрии и общей медицины (Овчаренко В. И., 1998). При этом учет социально-психологических аспектов ПСР в рамках интегративной психологии может способствовать формированию действительно комплексного подхода. Такое положение диктует необходимость интеграции разнородных психологических и клинических представлений о ПСР, с учетом их социальных аспектов.

Положение психосоматики как комплексного направления на стыке двух дисциплин, медицины и психологии, порождает различия клинической и неклинической точек зрения на природу психосоматических расстройств. Речь идет если не о примате одной из составляющих (сомы либо психики), то по крайней мере о расстановке акцентов в понимании их роли в происхождении ПСР. Отсюда, в частности, возникает психосоматический парадокс – когда в качестве ПСР выделяются лишь отдельные нозологии, роль психогенного фактора в происхождении других преуменьшается. Клинический подход, естественно, основное внимание уделяет соматическим проявлениям ПСР, неклинический – психологическим. При этом из поля зрения выпадает функциональная взаимосвязь тех и других – системные, или эмерджентные компоненты ПСР, рассмотрение которых требует синтеза клинических и психологических представлений и возможно лишь в междисциплинарной **интегративной концепции психосоматических расстройств.**

## 1. Системный подход к описанию психосоматических расстройств

Интегративный подход к описанию ПСР можно также представить как системный, поскольку он опирается на общие положения системного подхода (Л. фон Бергаланфи) и теории самоорганизации (И. Пригожин; Г. Хакен, 1991) применительно к сфере терапии, рассматривая как формирование проблем пациента, так и построение терапевтического альянса в рамках модели «организм-среда».

На физиологическом уровне терапия использует представления системной психофизиологии (В. Б. Швырков, 1995), согласно которым психологические и физиологические процессы, психика и соматика, неразрывно связаны и представляют собой части одной общей системы. Как принято говорить, они представляют собой два полюса одного континуума, единой психофизиологической реальности. Соответственно, *воздействие на одну часть системы (тело, физиология) может значимо изменять состояние другой (психика), и наоборот, что является теоретическим основанием психотерапии*.

При этом системность проявляется в многоуровневых взаимосвязях различных физиологических и психологических характеристик человека (интегральная индивидуальность по В. С. Мерлину). Следствием этого положения является то, что практическое терапевтическое воздействие также должно быть системным, использовать несколько элементов системы (ресурсов) и учитывать их взаимосвязь друг с другом, а также с другими элементами системы, согласно принципу внутренней экологии по Г. Бейтсону (Bateson G., 1972).

Как известно, в общем случае системы обладают памятью. Соответственно, психофизиологическая система наделена способностью запоминать и воспроизводить собственные состояния – и взаимодействовать со своими состояниями, как самостоятельными образованиями (У. Матурана). В том числе и возникновение феномена сознания связывается с процессами взаимодействия текущего состояния мозга с предыдущими его состояниями. Подобный системный принцип фигурирует в различных моделях сознания, начиная с теории У. Джемса, 1993 (сознание как совокупность запоминаемых и различаемых состояний), так и современными моделями сознания, как продукта «повторного входа» информации (В. Маунткэсл; Дж. Эдельман). Отсюда и терапевтическая работа главным образом проводится с памятью психофизиологической системы, с целью ее адаптивной перестройки и согласования с текущими внутренними состояниями и требованиями внешней среды.

## 2. Ресурсно-ориентированный принцип

Процесс коррекции ПСР (в первую очередь психотерапии) понимается благодаря данному принципу как помощь пациенту в получении доступа к его собственным внутренним, подсознательным ресурсам, в том числе с опорой на тело. В сочетании с предыдущим принципом, использование этих ресурсов также полагается системным. Эта системность, взаимосвязь (и взаимовлияние, и взаимозависимость) отдельных ресурсов, включает различные эффекты их взаимодействия:

- агрегативный (взаимодополняющий),
- мультипликативный (взаимоусиливающий),
- кумулятивный (переход количественных изменений по мере накопления в качественные),
- а также образование у ресурсов, как элементов системы, новых совместных системных качеств, которых не было у них по отдельности (эмерджентный эффект, характерный в частности для функционирования человеческого сознания, по В. В. Налимову).

Системность использования внутренних психологических ресурсов прослеживается в различных аспектах:

1) В социально-психологическом аспекте рассматривается роль отдельных ресурсов (и их сочетания) в повышении адаптивности в разных сферах жизни.

2) В психологическом аспекте – подбор различных ресурсов, их взаимная совместимость при решении конкретных проблем пациента.

3) В физиологическом аспекте – системность в терминах теории функциональных систем (Анохин П. К., 1978, 1998, 2008; Судаков К. В., 1981, 1998, 2000, 2002), а также сочетание отдельных ресурсов, как условно-рефлекторных стимулов (или «якорей») для угашения или условно-рефлекторного переключения неадаптивных рефлексов (нейрофизиологической основы существования психологических и психосоматических проблем).

4) В психотерапевтическом аспекте – использование ресурсов в разных сочетаниях для создания устойчивых стереотипов саморегуляции. С этой целью практикуется выработка у пациента навыков ресурсно-опосредованного управления своим функциональным состоянием (психотерапия состояний). Правильнее сказать, что речь идет о создании в процессе терапии метасостояний, привычных для пациента навыков самонаблюдения и самоанализа (интроспекции, рефлексии) и самокоррекции неадаптивных состояний. Это оказывается возможным за счет его самостоятельного обращения к подсознательным ресурсам, опоры на собственные силы («сам себе – терапевт») соответственно известному ресурсному принципу М. Эриксона (1996): *«У пациента всегда имеется достаточно внутренних ресурсов для решения имеющихся проблем»*. Технологически данная задача решается благодаря выявлению пациентом при помощи терапевта специфических подсознательных ресурсов, а также благодаря формированию у пациента устойчивых каналов сознательно-подсознательной коммуникации, сознательного обращения к соответствующим ресурсам. Тем самым на практике осуществляется основополагающий принцип психотерапии, провозглашенный еще З. Фрейдом (1989, 1990) и в современной формулировке гласящий: *«То, что было внесознательным и неуправляемым, должно стать осознанным»*.



### 3. Этиопатогенетический соматический аспект интегративной концепции психосоматических расстройств

В аспекте этиопатогенеза главный патогенетический фактор ПСР представляют эмоции, которые начинают оказывать на организм человека непосредственное повреждающее действие, в силу несоответствия заложенных в нем природой инстинктивных механизмов эмоционального реагирования и современного образа жизни (Сандомирский М. Е., 2008). С одной стороны, негативные эмоции во многих ситуациях теряют свою изначальную полезную приспособительную роль. Или, по крайней мере, их адаптивная функция становится все более виртуальной: и пробуждаются они безосновательно, и срабатывают «вхолостую». А запускаемый ими универсальный стрессовый механизм – реакция напряжения, и возникающие в результате физиологические сдвиги в организме оказываются тем не менее вполне реальными. Не находя выхода, эмоции соматизируются, а вызванные ими эмоциогенные телесные реакции «замораживаются», или контейнируются. Вначале они превращаются в транзиторные проявления соматизированного аффективного дискомфорта (САД), а по мере кумуляции трансформируются в стационарные психосоматические симптомы.

При этом проявляется синдром «эмоционального рикошета» (Сандомирский М. Е., 2007, 2009): если отрицательные эмоции не находят «цели» вовне, на которую они могут быть направлены, то обращаются организмом на самого себя. Неотреагированные, «незавершенные» эмоции, как и незавершенные гештальты, притягивают к себе ресурсы нашего мозга – до тех пор, пока не получают «разрядку». Так работает физиологический механизм сформированной в мозге доминанты: она требует от организма поведения, направленного на ее прекращение (Павлыгина Р. А., 1987; Богданов А. В., 2005).

*Негативные эмоции либо мотивируют человека на некоторую текущую деятельность – либо «замораживаются» в теле и подтачивают его здоровье.* И отсюда вытекает понимание как механизма психосоматических заболеваний, так и подходы к их психологической профилактике и терапии. Все психосоматические недуги с данной точки зрения представляются как болезни, имеющие эмоциональную природу, **телесно-эмоциональные расстройства**, или по выражению Ю. Ф. Антропова и Ю. С. Шевченко (2000, 2002), аффективно-соматические нарушения.

Собственно, подобный взгляд естественным образом вытекает из физиологических представлений о телесных проявлениях эмоций как неотъемлемом элементе последних (известная модель Джеймса-Ланге), или в современных терминах – о «вегетативном обеспечении» эмоций (Вейн А. М. и др., 1981). Наиболее емко сформулировал это основное положение психосоматики Ф. Александер (2006), «*все свои эмоции мы выражаем через физиологические процессы*», и отсюда психосоматические заболевания представляются следствием «*хронических эмоциональных расстройств*». Или, выражаясь в стиле известных клиницистов прошлого, «*болезнями неотреагированных эмоций*» (А. Л. Мясников). С одной стороны, они *аффективно-индуцированные*, то есть эмоции играют роль важнейшей причины возникновения болезни. С другой, они еще и *аффективно-опосредованные*: это означает, что эмоции продолжают играть значимую роль и в дальнейшем протекании приобретенного заболевания. При этом непосредственные телесные проявления «замороженных» эмоций нередко выступают в качестве конкретных психосоматических симптомов, будь то боль различной локализации, либо субъективно воспринимаемые нарушения функционирования внутренних органов (дыхательная, пищеварительная, сердечно-сосудистая система) и органов чувств (зрительные, слуховые, вестибулярные).

И поскольку феноменологически эмоции представлены на двух уровнях – психическом и соматическом (Казакова И. А., 2009), представляя собой таким образом психофизиологическое двуединство, целесообразно рассмотреть соответствие психологического уровня эмоциональной регуляции и физиологического обеспечения эмоций, с точки зрения психологического, клинко-физиологического и традиционного духовно-оздоровительного подходов.

Как следует из приведенного выше двухкомпонентного определения ПСР как заболеваний, для которых психологические факторы играют значимую роль (а) в возникновении и (б) в их протекании, эти заболевания целесообразно разделить на две группы. Тем самым перечень ПСР не ограничивается лишь известным списком классической «чикагской семерки» по Ф. Александру (Alexander F., 1951, 2006): бронхиальная астма, гипертоническая болезнь, язвенная болезнь желудка, сахарный диабет, гипертиреоз, ревматоидный артрит, неспецифический язвенный колит. Нозологии перечисленного «узкого» круга рассматриваются в качестве первичных ПСР, для которых психогенные факторы могут играть роль этиологических.

Остальные же нозологии, согласно психосоматическому принципу могут рассматриваться в качестве вторичных ПСР: здесь психогенные факторы выступают в качестве патогенетических, значимо влияющих на протекание заболевания, и соответственно на прогноз и качество жизни пациента. Таким образом, в современной парадигме мы приходим к подтверждению тезиса Новалиса: *«Любое заболевание можно назвать психическим»* (цит. по: Бройтигам В., Кристиан П., Рад М., 1999.) Иными словами, переформулирован античный принцип Гиппократата: человек и в болезни и в здоровье функционирует как психосоматическое единство (Елисеев Ю. Ю., 1988). С точки зрения объективной психологии, это неразрывное единство получило название «психосоматического континуума» (Александров Ю. И., 1997, 2003). В иной формулировке, можно говорить не просто о психосоматическом параллелизме, а о неразрывной психосоматической взаимосопряженности, поскольку и проживание психических состояний, и их телесное отражение происходят симультанно по времени и функционально сопряженно по реализации.

Эта функциональная сопряженность (системное взаимодействие) опосредуется многочисленными механизмами обратной связи, от сомы – к психике, и обратно, и может выступать как саногенетическим, так и патогенетическим фактором, активно продуцирующим психосоматические расстройства. Равно справедливо и обратное: функциональная психосоматическая разобщенность, возникающая на уровне психическом, приводит не только к нарушению осознания телесно-эмоциональных состояний (будь то специфическое вытеснение, связанное с конкретным психотравмирующим опытом, или неспецифическое, генерализованное – алекситимия (Sifneos P., 1996), опературное мышление (Martí P., 2005), но и к формированию ПСР.

В целом в клинической практике принято оценивать распространенность психосоматических расстройств среди населения до 50%, а в общемедицинской практике – от 30% до 57% (Михайлов Б. В., 2012). При этом важно учитывать проявления ПСР не только в клинической, но и доклинической сфере (Хаустова А. А., 2005), соответственно которым в полной картине распространенность ПСР представляется еще более массовой (Сандомирский М. Е., 2009).

## **4. Психопатологический аспект интегративной концепции психосоматических расстройств**

Важно также подчеркнуть психосоматические аспекты пограничных, или непсихотических психических расстройств (ППР), соответствующих в МКБ-10 рубрикам F4, F5 и F6 (Александровский Ю. А., 1997, 2004). Оценки их распространенности среди населения нашей страны колеблются от 30% (по оценке Т. Б. Дмитриевой, 2001, 2009) до 50% (исследования В. Я. Гиндикина и соавт., 1996).

А) Значительная часть таких душевных расстройств протекает в телесной форме в виде соматоформных расстройств (F45). При этом пациентов беспокоят не столько, как им кажется, психологические проблемы, сколько нарушения физического здоровья, на самом деле являющиеся следствием именно нерешенных психологических проблем. Среди наиболее распространенных нозологических вариантов – ипохондрические и соматизированные расстройства (F45.0 и F45.2), клиницистами трактуемые как «функциональные» (вследствие такой гиподиагностики страдающие ими пациенты часто не получают помощи в должном объеме), а также соматоформное вегетативное расстройство (F45.3), ранее описывавшееся как «вегетативная дистония», часто встречающиеся в амбулаторной практике (Вейн А. М. и соавт., 1981)

Б) Сюда же примыкают депрессии, распространенность которых, по данным европейских исследований ВОЗ, составляет до 15% взрослого населения и имеет устойчивый тренд роста (Психическое здоровье... Доклад ВОЗ, 2001), особенно протекающие в соматизированной форме, под маской телесных недугов (Смулевич А. Б., 1997, 1999, 2000). Кроме того, депрессия, сопровождающаяся устойчивой симпатической гиперактивацией (проявлением которой служит триада симптомов В. П. Протопопова) и другими облигатными соматическими проявлениями хронического стресса (Хелл Д., 1999), создает тот патологический фон, на котором обычные соматические заболевания прогрессируют и приобретают более неблагоприятное течение.

В этом смысле депрессия для ПСР может выступать не только как коморбид с соответствующим синдромом взаимного отягощения (депрессивная апатия и аутоагрессия блокируют соматические саногенетические механизмы, а соматическое неблагополучие усугубляет депрессивные нарушения) но и как один из этиологических фторов. Депрессия и ПСР выступают как две части одного страдания – известный синдром смещения, когда наблюдается чередование депрессивных фаз и обострений соматического недуга. Уместно вспомнить, что согласно прогнозу ВОЗ, к 2020 г. именно депрессия становится наиболее распространенным заболеванием человечества.

В) Диссоциативные (конверсионные) расстройства, относимые к психическим заболеваниям (F44), но внешне проявляющиеся телесными симптомами. С психотерапевтической точки зрения, классические конверсионные расстройства – лишь верхушка айсберга, скрытой частью которого являются гораздо более широко распространенные микроконверсионные расстройства (Сандомирский М. Е., 2011), чаще оказывающиеся в поле зрения психологов-психотерапевтов, чем клиницистов.

Г) Широко распространенная, но до сих пор игнорируемая в клинической практике нозология – расстройство адаптации (F43.2), возникающее в период адаптации к значительному изменению социального статуса либо стрессовому жизненному событию. Психосоматический контрибутив проявляется в том, что нарушение социально-психологической адаптации играет роль фактора обострения имеющихся соматических заболеваний, либо само физическое расстройство может играть роль стрессора (Чуркин А. А., Мартюшов А. Н., 2000). Сюда же примыкают социально-стрессовые расстройства по Ю. А. Александровскому (1997, 2004).

## **Конец ознакомительного фрагмента.**

Текст предоставлен ООО «ЛитРес».

Прочитайте эту книгу целиком, [купив полную легальную версию](#) на ЛитРес.

Безопасно оплатить книгу можно банковской картой Visa, MasterCard, Maestro, со счета мобильного телефона, с платежного терминала, в салоне МТС или Связной, через PayPal, WebMoney, Яндекс.Деньги, QIWI Кошелек, бонусными картами или другим удобным Вам способом.