

# ПОДХОДЫ К РЕАБИЛИТАЦИИ ПАЦИЕНТОВ С ПСИХОСОМАТИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ

*Галактионова А.В.*

*Служба психологической помощи*

*портала Help-Patient.ru*

## **ВВЕДЕНИЕ**

Возникновение психосоматики как науки в начале XX века ознаменовало собой оформление оппозиции «односторонним естественнонаучным и органочетрическим установкам медицины» [3]. В основе психосоматической концепции расстройств находится положение взаимозависимости и взаимообусловленности душевного «psyche» и телесного «soma», связывающих человека с окружающей его средой. Понимание характера этой взаимосвязи менялось в течение продолжительного времени соответственно динамике развития медицины, естествознания и других наук. В настоящее время в самом общем смысле психосоматика рассматривается как наука о взаимосвязи психических процессов и соматических заболеваний, а также включает психосоматические аспекты в контекст исследования широкого спектра болезней.

Смулевич определяет психосоматические расстройства как группу болезненных состояний, возникающих на основе взаимодействия психических и соматических факторов и проявляющихся соматизацией психических нарушений, психическими расстройствами, отражающими реакцию на соматическое заболевание, или развитием соматической патологии под влиянием психогенных факторов [7]. Действие соматизации является бессознательным процессом, посредством которого пациент переводит эмоциональный дистресс в соматические симптомы [8]. Можно сказать, что соматизация является попыткой сообщить с помощью физических симптомов о психических конфликтах (Lipowski, 1986).

Специфика психосоматических заболеваний заключается в сложности их клинической диагностики, обусловленной патоморфозом эмоциональных и поведенческих расстройств, психической коморбидностью [6], возможным отсутствием органических изменений. В связи с этим Diana Sanders [9] отмечает, что подобные пациенты в медицинской и психиатрической литературе чаще всего описываются в терминах «hard to help», «difficult to manage», «fat-file», «heart-sink». Такие пациенты годами безрезультатно могут искать помощи в медицинских учреждениях. R. Rozensky с соавторами описывает последствия такой невозможности найти понимания у медиков, не владеющих достаточными знаниями в области психосоматической медицины, психотерапии, психопатологической диагностики. Если соматические симптомы в

результате диагностики не обнаруживают под собой биологических оснований, порождая новые и новые уровни прохождения «медицинского лабиринта», проблемы могут становиться хроническими, формируются эмоциональные нарушения, слабость, неуверенность, тенденции ухода от традиционной системы здравоохранения, чувство безнадежности и покинутости [8]. И как следствие – гнев и враждебность, неминуемое снижение качества жизни индивида.

Задача психосоматики состоит в том, чтобы найти связь между психологическими показателями переживаний, поведения и соматическими процессами и полученную картину использовать в терапевтических целях [3]. Концепция психосоматических заболеваний, признающая влияние широкого спектра психологических, социальных, средовых факторов на возникновение и течение соматического расстройства, обуславливает необходимость особого подхода к организации терапевтических и реабилитационных мероприятий для этой группы пациентов.

Целью данной работы будет рассмотрение основных подходов к реабилитации пациентов с психосоматическими заболеваниями. Концепция реабилитации, используемая в данном исследовании, подразумевает в широком смысле весь спектр помогающих мероприятий, выходящих далеко за рамки медикаментозной терапии и медицинских вмешательств. А именно, подразумевает единство профилактических, терапевтических мероприятий, мероприятий психосоциальной реабилитации [4]. Таким образом, мы рассматриваем процесс реабилитации в трех плоскостях: биологической (медицинской), психологической (психологическое консультирование), социальной (социальная адаптация). Соотношение компонентов структуры реабилитационного процесса будет определяться как тяжестью течения заболевания и этапом становления психосоматической патологии, спецификой нозологической единицы, так и необходимостью опираться на социально-психологические характеристики индивида.

Однако в нашей работе акцент будет сделан именно на психологическом консультировании как основе процесса реабилитации пациентов с психосоматическими расстройствами, когда «в контексте консультативных взаимоотношений человек получает возможность исследовать и выразить свои чувства и мысли о том, что происходит в их жизни» [10], возможность личностного изменения развития. Рассмотрение психологического консультирования как основы процесса реабилитации обусловлено базовой ориентацией на личность человека в ситуации болезни и его систему отношений, признанием определяющей роли психологических факторов в процессе ее возникновения и течения.

В этой связи имеет смысл говорить о необходимости биопсихосоциального подхода к реабилитации пациентов с психосоматическими заболеваниями. «Использование биопсихосоциальной модели позволяет психологии перейти от неэффективной модели, поддерживающей дуализм тела и разума, к рассмотрению влияния культурных, средовых,

поведенческих, эмоциональных и мировоззренческих факторов на психологию индивида и его симптоматику» [8]. Таким образом, биопсихосоциальный подход к организации реабилитационных мероприятий базируется на рассмотрении личности в болезни, взятой многомерной системе взаимодействующих биологических, социальных, психологических взаимосвязей. Рассматривая историю болезни человека как историю его жизненного пути, мы вновь обращаемся к гиппократовскому призыву лечить больного, а не болезнь.

Биопсихосоциальный подход является методологической базой данного исследования, в контексте которого будут рассмотрены как общие аспекты реабилитации, так и отдельные подходы, основанные на психологических теориях. Таким образом, нами будут рассмотрены все три упомянутых составляющих структуры реабилитации, но основное внимание мы уделяем стадии психологического консультирования.

### **ПСИХОСОМАТИКА КАК НАУКА И МЕТОД ИССЛЕДОВАНИЯ**

В своей книге «Психосоматическая медицина» В. Бройтигам, П. Кристиан, М. Рад обосновывают современный, строгий подход к диагностике психосоматического расстройства, подчёркивающий связь между индивидуальным развитием и биологическими факторами в ходе естественной истории человека: «Теперь о психосоматическом, биопсихосоциальном заболевании говорят тогда, когда выявляется чёткая связь предрасположенность – личность – ситуация. Она может служить лишь толчком к возникновению невротических или психосоматических заболеваний, которые в дальнейшем развиваются по собственным законам. Таким образом, констатация наличия психосоматических нарушений не приводит к отрицанию основного нозологического диагноза» [3]. Данный подход означает, что границы психосоматики становятся более четкими и обоснованными, что наука отходит от тенденции быть «last resort» (последним пристанищем) [Salkovskis, 1989] при столкновении с объективными трудностями диагностики, «мусорной корзиной» для всех случаев медицинской практики, необъяснимых с точки зрения классической биомедицинской модели.

Выделяются следующие группы расстройств, входящих в континуум рассмотрения психосоматики [7]:

- Соматизированные психические (соматоформные) реакции, формирующиеся при невротических или конституциональных расстройствах (неврозы, невропатии). В эту же рубрику, по мнению автора, относится и конверсионное расстройство.
- Психогенные реакции (нозогении), возникающие в связи с соматическим заболеванием (последнее выступает в качестве психотравмирующего события) и относящиеся к группе реактивных состояний.

- Реакции по типу симптоматической лабильности – психогенно спровоцированная манифестация либо эскалация соматического заболевания (психосоматические заболевания в традиционном их понимании). Сюда можно отнести ишемическую болезнь сердца, эссенциальную гипертензию, бронхиальную астму, язвенную болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки, некоторые эндокринные заболевания (гипертиреоз, диабет), нейродермиты и ряд других, в том числе аллергических, болезней. Обязательным условием отнесения болезненных состояний к психосоматическим является наличие психотравмирующих эмоционально значимых событий, не только связанных во времени с началом или обострением соматического заболевания, но и играющим существенную патогенную роль в возникновении психосоматических расстройств.

- Реакции экзогенного типа (соматогении), манифестирующие вследствие воздействия соматической вредности на психическую сферу и относящиеся к категории симптоматических психозов, т.е. к категории экзогенных психических нарушений [7].

Зачастую психосоматические заболевания имеют сложную картину в диагностическом отношении. С.А. Кулаков предлагает использовать в отношении диагностики пациентов с психосоматическими заболеваниями принцип мультимодальности [6]. Это означает учет нескольких плоскостей анализа в диагностическом и реабилитационном процессах в целом:

- биологическая/соматическая плоскость;
- психологическая плоскость, где акцент ставится на индивидуальном переживании и поведении;
- социальная плоскость, в центре внимания которой находятся межличностные системы (социальные условия, семейная ситуация);
- экологическая плоскость, рассматривающая социальные условия и условия проживания индивида, материальные условия и качество жизни.

В этом смысле психосоматика из области знания о взаимосвязи соматического и психического превращается в метод понимания, анализа и исследования биопсихосоциальной действительности. Как мы можем увидеть, принцип мультимодальной диагностики согласуется с биопсихосоциальным подходом к организации реабилитационных мероприятий. Так, мультимодальный подход Оудсхорна позволяет воссоздать профиль пациента на шести уровнях: поведения, эмоций, ощущений, представлений, когний и межличностных отношений. «Каждый из уровней отражает соответствующие биопсихосоциальные теории, которые служат для выдвижения частных гипотез и подбора психотерапевтических вмешательств» [6]. Таким образом, мы подходим к рассмотрению различных концепций происхождения психосоматических расстройств и основанных на них реабилитационных подходах в клинике психосоматических заболеваний. Но для начала остановимся на некоторых общих аспектах реабилитационного процесса в клинике психосоматических заболеваний.

## **ОБЩИЕ ЗАМЕЧАНИЯ ОТНОСИТЕЛЬНО ПРОЦЕССА РЕАБИЛИТАЦИИ ПАЦИЕНТОВ С ПСИХОСОМАТИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ**

Говоря о процессе реабилитации пациентов с психосоматической проблематикой и фокусируя основное внимание на психологическом консультировании, мы отнюдь не хотим преуменьшить значимости медицинского вмешательства и медикаментозного лечения. Более того, на определенных этапах развития заболевания именно эта составляющая структуры биопсихосоциальной реабилитации может быть ведущей. Тяжелая органическая проблематика с неизбежностью требует медикаментозного лечения, но именно комплексное ее сочетание с мероприятиями психологической и социальной реабилитации позволяют достичь наиболее успешных результатов.

Социальная составляющая реабилитации фокусирует внимание на дальнейшей социальной, профессиональной адаптации индивида, особенно в случае тяжелых психосоматических заболеваний (например, после перенесенного инфаркта миокарда).

В плане психологического аспекта реабилитации хотелось бы отметить следующие ключевые моменты, не касаясь пока конкретных подходов и теоретических концепций.

Diana Sanders отмечает, что важным акцентом в терапевтическом взаимодействии является мотивация клиента с психосоматическим заболеванием [9]. Мотивация обращения к психологу пациента с психосоматическим расстройством может быть обусловлена, во-первых, невозможностью найти помощь в классической медицинской модели либо осуществляться по направлению врача общего профиля; во-вторых, причиной обращения могут быть вторичные психологические нарушения, вызванные физическими симптомами. В этом случае человек имеет собственную картину расстройства: «Многие пациенты с соматоформными и психосоматическими заболеваниями даже в процессе психотерапии продолжают верить, что они были ошибочно направлены к психологу» [8]. В этой связи для успешного вовлечения клиента в работу и достижения позитивных изменений терапевтический процесс должен строиться без отвержения и разрушения его субъективных представлений.

Перре и Бауман отмечают, что для психосоматических пациентов характерны повышенная чувствительность и наличие негативных ожиданий от предстоящего процесса консультирования и терапии: «Пациенты зачастую уходят от врача с таким чувством, будто они симулянты и уже всем в тягость. Поэтому многие пациенты начинают лечение с негативными ожиданиями и чувствительно реагируют на ситуации, в которых ощущают недостаточно серьезное отношение к ним» [2]. Поскольку медицинская диагностика при столкновении с психосоматической проблематикой зачастую действует по принципу исключения «diagnosis by exclusion» [Wichramasekera, 1992], то еще одним вариантом мотивации для пациентов является доказательство того, что «я не сумасшедший».

Все это предъявляет особые требования к психологу, его способности вовлечь клиента в консультативный процесс, организовать реабилитационную программу на основе внимательного «слушания симптома», мультимодального подхода к диагностике, способности к выдвижению альтернативных гипотез и учета всего спектра биопсихосоциальных взаимосвязей. Помимо указанных когнитивных компонент профессионализма консультанта, важными являются его способность к эмпатии и оказанию психологической поддержки.

Далее переходим к рассмотрению конкретных психологических теорий возникновения психосоматических заболеваний, на которых строятся реабилитационные подходы.

## **КОНЦЕПЦИИ ПРОИСХОЖДЕНИЯ ПСИХОСОМАТИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ КАК ТЕОРЕТИЧЕСКАЯ ОСНОВА РЕАБИЛИТАЦИОННЫХ ПОДХОДОВ**

В настоящее время в психологии существует большое количество подходов, по-разному отвечающих на вопрос о явлениях и механизмах, лежащих в основе возникновения психосоматических расстройств. Эти теории зачастую имеют различные основания, подчеркивая определяющую роль тех или иных факторов, психических процессов, состояний и аттитюдов в возникновении психосоматической патологии, принадлежат к различным парадигмам в науке, по-разному интерпретируют характер взаимосвязи между телесным и психологическим. И что самое главное в контексте данного исследования: способ понимания конкретной психологической теорией психосоматического расстройства определяет специфику, цели, задачи, структуру и содержание реабилитационного процесса, характер консультативных взаимоотношений между консультантом и клиентом.

Нами будет коротко рассмотрен ряд основных концепций происхождения психосоматических расстройств в контексте организации реабилитационного процесса в клинике психосоматических заболеваний.

Начнем с рассмотрения **психоаналитической концепции возникновения психосоматических расстройств.**

Первой психосоматической моделью стало введенное Фрейдом понятие конверсии. Конверсия – это смещение психического конфликта из области психического в соматическую сферу, попытка его разрешить через телесные симптомы. Результатом этого смещения является перевод психологического конфликта из области бессознательного и символическое его выражение в соматическом симптоме.

Изначально конверсионная модель использовалась для исследования истерического симптомокомплекса: психогенных параличей, истерических припадков, речевых нарушений, психогенных анестезий. Она может быть эффективна в понимании нарушений произвольной моторики, отдельных болевых состояний, нарушений чувствительности [6].

Несомненной заслугой психоанализа является «утверждение значения преморбидного, особенно раннего детского, развития для душевного и телесного созревания и здоровья, значение психических конфликтов для патогенеза и вообще влияние эмоциональных факторов (особенно привязанностей и разлуки, а также сексуальных и агрессивных конфликтов)» [3].

Однако Бройтигам [3] отмечает, что понятие конверсии как принципа разъяснения применимо лишь к определённой группе символически детерминированных симптокомплексов, но для большинства психосоматических расстройств он неприменим; «в нем соматическая симптоматика редуцирована до психогенетического уровня сознательного или бессознательного языка органов».

В реабилитационном процессе такое понимание природы психосоматических нарушений открывает следующие возможности в индивидуальной и групповой работе. Речь идёт в первую очередь о терапии, нацеленной на ядро конфликта. «Целью ее являются регрессия и повторное переживание расцениваемых как патогенные детских переживаний, вскрываемых в свободных ассоциациях и сновидениях, актуализация и интерпретационная переработка которого направлены на глубокое корригирующее осознание» [3].

В отношении групповой терапии можно отметить, что большое ее преимущество заключается в том, что «даже те пациенты, которые вначале были малоориентированными в осознании собственной болезни и причин страдания, при групповой терапии начинают мотивированно относиться к себе» [3]. Помимо этого, групповая аналитическая работа создает ситуацию переноса не только на психотерапевта, но и на других членов группы (мультилатеральное перенесение), которое невозможно при индивидуальной аналитической терапии. [3] В результате проработка индивидуальных конфликтов в групповой ситуации делает возможным осознание психогенеза болезни и дальнейшее личностное изменение и развитие.

В целом, можно выделить ряд ключевых моментов, характерных для данного подхода в реабилитации пациентов с психосоматическими заболеваниями: специфичность в работе с конкретными нозологическими единицами и ориентация на ядро конфликта, преморбидные характеристики личности и ее развития в этиопатогенезе расстройств.

**Концепция десоматизации-ресоматизации Шура** содержит представление о наличии единого «психофизиологического переживания», характерного для младенческого возраста, когда аффективная и соматическая компоненты реагирования существуют в единстве. В процессе развития, по мнению Шура, происходит десоматизация, в ходе которой «либидозные и агрессивные энергетические напряжения нейтрализуются, совершенствуются» [6], психические и соматические системы становятся более зрелыми. Однако в результате воздействия неблагоприятных факторов, стрессов процесс десоматизации может «обернуться регрессией в форме ресоматизации аффекта» [6]. То есть механизмы защиты «Я» не

срабатывают, и происходит прорыв бессознательного материала, регресс к ранним способам реагирования в стрессовых ситуациях.

Подобные способы реагирования могут формироваться в детстве и проявляться на протяжении всей последующей жизни человека. Часто в подобных случаях речь идет о хронических заболеваниях, с тяжелыми периодами обострения. Ориентация на эту концепцию в процессе реабилитации позволяет увидеть этот «нарциссический регресс», последовательность, цикличность и историю развития тех или иных симптомов, их взаимосвязь с определенными жизненными ситуациями и переживаниями. Это позволяет определить мишени и цели терапевтического воздействия, эффективно организовать реабилитационный процесс, сместив акцент с медикаментозной терапии на индивидуальную психотерапию.

Следующей концепцией возникновения психосоматических расстройств является **модель двухэшелонной линии обороны Митчерлиха**. Он представлял развитие психосоматического заболевания в следующей последовательности:

1. Сначала человек пытается справиться с конфликтом на психосоциальном уровне, используя исключительно психические средства: обычные средства социального взаимодействия, копинг-стратегии, зрелые механизмы психологической защиты. Если этого оказывается недостаточно, подключаются невротические механизмы защиты. Если эти механизмы включают поведение личности в целом, говорят о невротическом развитии личности или неврозе характера [6].

2. Если психологических средств оказывается недостаточно для того, чтобы справиться с конфликтом (не срабатывает первая линия обороны), подключается защита второго эшелона – соматизация, которая со временем может привести к структурным изменениям в органах и тканях.

3. Современные психоаналитики выделяют еще третий уровень защиты – психотическое симптомообразование (Кернберг). К защитами на этом уровне чаще всего относят уход в фантазии, отрицание, тотальный контроль, примитивную идеализацию и обесценивание, расщепление и диссоциацию [6].

В реабилитационном процессе использование концепции Митчерлиха позволит проследить динамику развития психосоматического заболевания, проанализировать характер используемых защитных механизмов, ориентировать процесс консультативного взаимодействия на овладение зрелыми способами психологических защит и эффективными копинг-стратегиями.

Следующая теория рассматривает психосоматический симптом как результат нарушения **объектных отношений**. Эта теория «представляет психику и личность как результат связей людей с внешним миром, которые запоминаются (интернализуются) разумом в виде объектных отношений» [6]. Кернберг выделял три стадии интернализации: интроекция, идентификация и эго-идентичность, на протяжении которых человек собирает множество



нескоординированных объектных отношений и в конечном итоге консолидирует эго-структуры, формирует непротиворечивую концепцию мира объектов, интегрированное непрерывное «Я». Нарушение объектных отношений, по мнению теоретиков данного направления, может приводить к появлению психосоматического симптома.

Следовательно, основным направлением реабилитационных мероприятий в работе с психосоматическими заболеваниями в этом случае будет исследование и работа с объектными отношениями, интеграция отдельных компонентов структуры «Я».

В **эго-психологии Кохута** основной акцент делается на том, что любой человек нуждается в определенных реакциях со стороны других людей для поддержания самоуважения и целостности «Я». [6] Психопатология же, по мнению Кохута, возникает при нарушении процесса развития стабильного, согласованного уникального «Я». Таким образом, здоровое «Я» формируется прежде всего в межсубъектном поле. И результатом нарушения процесса самоуважения, возникающим в контексте взаимоотношений с Эго-объектами, может становиться психосоматический симптом.

В связи с этим в реабилитационном процессе основной акцент должен быть сделан на исследовании «нарциссических потребностей» и фрустраций пациента. В процессе же организации консультативных взаимоотношений важное внимание следует уделять эмпатической позиции консультанта, в которой он может сам становиться Я-объектом для клиента, способным заполнить «пустоты» «Я».

Одной из наиболее популярных концепций возникновения психосоматических расстройств является также **теория алекситимии**. Исходным пунктом при появлении этой теории было наблюдение, что многие психосоматические больные «часто пустословны, не способны развивать свои мысли, не могут понять переносный смысл высказываний, могут заменять ожидаемые от них речевые обороты или воображаемые представления жестами, т.е. у них срабатывает телесная иннервация» [3].

Алекситимия – неспособность вербально выражать свои чувства – часто выражается в неспособности выражать эмпатию и рефлексировать свое эмоциональное состояние [6]. Зачастую ее формирование связывают с внутрисемейной ситуаций: отсутствием выражения чувств у членов семьи, гиперопекающей позицией матери и пр.

Бройтигам приводит четыре типичных признака алекситимии, которые с разной степенью выражаются в каждом отдельном случае [3]:

1. Своеобразная ограниченность способности фантазировать: своего рода механический, утилитарный, конкретный тип мышления.

2. Типичная неспособность выражать переживаемые чувства. Пациент не в состоянии связывать вербальные или жестовые символы с чувствами [J. Ruesch, 1948]. Чувства

испытываются как нечто глухонеструктурированное, они часто описываются через окружающих (моя жена сказала, врач сказал), либо вместо чувств описывается соматическая реакция.

3. Приспособленность к товарищеским отношениям, «гипернормальность» с одной стороны, и пустота этих отношений с другой, поскольку они остаются на уровне конкретного «предметного» использования объектов.

4. Из-за задержки на симбиотическом уровне и связанного с этим недостатка дифференцировки субъект – объект вытекает неспособность к истинным отношениям с объектом и к процессу переноса. Происходит тотальное идентифицирование с объектом; психосоматический больной существует с помощью и благодаря наличию другого человека (ключевой фигуры). Отсюда становится понятным, почему потеря (вымышленная или реальная) этой ключевой фигуры («потеря объекта») так часто обнаруживается как провоцирующая ситуация в начале или при ухудшении болезни [3].

Возникновение психосоматического симптома при алекситимии также связывают с застреванием либо регрессией вследствие травмирования на более ранние стадии развития. Во всех этих случаях неспособность осознавать и выражать эмоции становится предрасполагающим фактором к возникновению психосоматического заболевания. Это определяет специфику реабилитационного процесса, ориентацию на рефлексию чувств и потребностей клиента, владение им способов их выражения.

Еще одной значимой для рассмотрения концепцией представляется **ролевая теория Я. Морено**.

По мнению автора, существует три ролевых уровня: психосоматический (физиологическое измерение), психодраматический (психологическое измерение), социальный (социальное измерение). Развитие человека представляет собой «постоянную прогрессию соматических ролей к трансцендентным ролям» [6]. Возникновение психосоматических и психических заболеваний Морено связывал с нарушением ролевого развития – ролевыми конфликтами. Ролевой конфликт может быть интраролевой, интерролевой, интерперсональный и интраперсональный. Следовательно, нарушение социоэмоциональной среды, препятствующее нормальному ролевому развитию, и приводит к развитию болезни.

В связи с этим процесс психологического консультирования, определяемый данной концепцией, представляет собой анализ всего множества ролевых позиций клиента, вычленения объектных отношений формирующих эти роли, работу над разрешением внутренних ролевых конфликтов и гармонизацию дальнейшего процесса ролевого развития. Психологическая работа происходит посредством метода психодрамы.

Далее рассмотрим точки зрения **когнитивной психологии** на возникновение психосоматических расстройств.

Когнитивная концепция утверждает, что в основе психосоматического, либо психологического нарушения находится искажение когнитивного процесса, неправильная интерпретация событий, неадаптивные когнитивные схемы, применяемые при анализе и интерпретации действительности. Существует ряд так называемых «когнитивных искажений», которые и приводят к систематическим ошибкам мышления. К ним относятся свехгенерализация, произвольные умозаключения, селективная выборка, минимизация или максимизация, персонализация, дихотомическое мышление и др. Именно эти ошибки и определяют ядро проблематики, приводящей к развитию психосоматических заболеваний.

Целью консультативной работы в этом отношении является выявление дисфункциональных правил, по которым клиент организует свою реальность. В этом процессе крайне важно найти индивидуальную когнитивную схему, связанную с патогенезом психосоматического расстройства. Теоретики того направления утверждают, что «когнитивная психотерапия позволяет производить реконструкцию представлений пациента о себе, о мире, о своем будущем и таким образом улучшать его состояние в эмоционально-аффективной и висцеро-вегетативной сферах» [6].

Следующий подход к возникновению психосоматической проблематики, который нам хотелось бы рассмотреть в рамках этой главы, – **системный**, рассматривающий психосоматический симптом как результат дисфункции семейной системы. В нем семья рассматривается как открытая система, которая нуждается, с одной стороны, в стабильности и сохранении сложившихся связей (поддержание гомеостаза), а с другой – к развитию и переходу на более высокий уровень функционирования (отклонение от гомеостаза).

Дисгармоничная семейная система – это система, которая не обеспечивает личностного роста каждого из своих членов, которая пытается сохранить прежние стереотипы внутрисемейных взаимоотношений вопреки изменившимся обстоятельствам. В этом случае самое уязвимое звено семейной системы (чаще всего ребенок) становится носителем симптома, что позволяет семье сохранять видимую целостность. Предпосылками этого могут быть следующие обстоятельства:

- игнорирование семьей проблемы на системном уровне; отказ распределять ответственность за симптом;
- закрытие внешних рамок семьи и блокирование тем самым ресурсов извне;
- диффузные границы между членами семьи, стимулирующие процесс «хронической беспомощности»;

- кризис, создаваемый одним из членов семьи, являющийся поводом для обращения к психотерапевту [6].

Как справедливо отмечает С. А. Кулаков, «в психотерапии такой подход означает, что мы можем лучше понять пациента, рассматривая его не только через призму интрапсихических проблем, но и с точки зрения целого, то есть в контексте социальных связей, основной частью которых он является» [6]. То есть объектом воздействия становится не отдельный индивид, а вся система. Это приводит к расширению перспектив терапии психосоматических заболеваний. С одной стороны, анализ семейной системы предоставляет ценнейший диагностический материал для психолога, с другой – является колоссальным ресурсом для самого пациента. Не случайно в современной психологической науке начинают говорить о шизофренических, психосоматических семьях как обладающих собственной спецификой и характером внутрисемейных взаимоотношений.

Далее коснемся **поведенческого подхода** к возникновению и терапии психосоматических расстройств. В основе поведенческой терапии находится модель болезни, которая рассматривает соматические и психические симптомы как заученную форму поведения. Теоретики данного направления «опираются на классический образец обусловливания (респондирующее обучение), образец оперантного обусловливания (предметное обучение) и познавательно-психологическую модель (в рамках познавательной поведенческой терапии). При этом исходят из того, что поведение в болезни обуславливается воздействием определённых условных раздражителей (респондентно заученное поведение) и через определённые положительные последствия их сохранения (предметно заученное поведение)» [3]. Эта концепция эффективно применяется в терапии страхов, фобий, навязчивостей, в лечении заикания, тиков, а также истерических реакций. При этом используются техники систематической десенсибилизации или конфронтации с раздражителем, поведенческий тренинг, система подкреплений (усиление желательного поведения и игнорирование нежелательного) и пр.

В заключение следует упомянуть ряд методов, также применяемых в работе с психосоматическими пациентами, которые не ориентированы на вскрытие конкретного психологического конфликта, переживания, но при которых «даются директивы к выполнению определённых упражнений или осуществляется прямая суггестия в отношении симптоматики или поведения больного» [3]. Эти методы могут быть эффективны в плане оказания психологической поддержки клиенту, восстановления внутреннего равновесия.

Исследованиями обнаружена взаимосвязь гипнотического внушения с изменением ряда психофизиологических функций. В современной терапии психосоматических заболеваний гипноз используется для того, чтобы с его помощью «устранять острую функциональную симптоматику: рвоту беременных, приступы астмы, понос и др.» [3]. Однако следует отметить

временный характер этого эффекта, поскольку не происходит переработки симптомов, лежащих в основе актуальной конфликтной ситуации.

И, наконец, отметим значимость телесноориентированных методик, которые оказываются эффективны как в плане диагностики психосоматических нарушений, так и в плане терапии как форма самопознания, улучшения самовосприятия и снятия напряжения.

Таким образом, нами были рассмотрены несколько теорий, лежащих в основе реабилитационных подходов в клинике психосоматических заболеваний. Каждая из этих теорий имеет свои основания, которые могут быть положены в основу реабилитационного процесса. Выбор подхода осуществляется как в соответствии с теоретическими предпочтениями консультанта, личностными, социально-психологическими особенностями клиента, так и характером самого психосоматического расстройства. Однако это не означает, что консультант должен работать в рамках одного лишь выбранного им подхода, ведь каждый из них является теоретически и эмпирически обоснованным, эффективным в работе с определенными пациентами и определенной когортой психосоматических расстройств. Знание и учет множества этих теорий создает для консультанта обширное поле для мультимодальной диагностики, позволяет гибко подходить к выбору средств психологического воздействия.

## **ЗАКЛЮЧЕНИЕ**

В данном исследовании были рассмотрены основные подходы к реабилитации пациентов с психосоматическими заболеваниями исходя из теоретических позиций различных научных психологических школ. Таким образом, в фокусе рассмотрения проблематики реабилитации была стадия психологического консультирования. При этом нами указывалась необходимость биопсихосоциального подхода к организации реабилитационного процесса, поэтому подчеркивалось значение также медикаментозной терапии (для определенных групп больных в зависимости от стадии и тяжести течения заболевания, степени органического поражения) и социальной реабилитации (в особенности при тяжелых психосоматических заболеваниях), взятых воедино.

И в этой связи хотелось бы отметить, что, несмотря на современное понимание проблематики психосоматических расстройств, осознание необходимости консолидации усилий медицины, психологии, социальной помощи для организации комплексной системы реабилитации таких пациентов, ситуация в целом остается неутешительной. Пациентов с психосоматическими расстройствами продолжают лечить в рамках классической биомедицинской модели в рамках общесоматической практики. А формальное декларирование необходимости применения биопсихосоциального подхода к реабилитации больных сталкивается на практике с отсутствием институциональной преемственности между

медицинской, психологической и социальной реабилитацией либо полным отсутствием последних двух.

С другой стороны, мы можем отметить несомненный прогресс психосоматики за последние десятилетия, разработку диагностического и терапевтического инструментария в рамках различных подходов, появление новых междисциплинарных теорий. Это позволяет выразить надежду на то, что медицина и психология от сепарации своих усилий перейдут к консолидации и созданию единой преемственной системы реабилитации пациентов с психосоматическими заболеваниями.

Мы хотим подчеркнуть, что не существует и не должно быть никакого противоречия между этими тремя звеньями цепи реабилитационного процесса. Главным ориентиром в нем должно быть не определение доминирующего влияния медицинского, психологического, либо социального подхода, а стремление помочь страдающему человеку.

### **СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ**

1. Антропов Ю.Ф., Шевченко Ю.С. Лечение детей с психосоматическими расстройствами, СПб: Речь, 2002 – 560 с.
2. Бауманн У., Перре М. Клиническая психология учебник: пер. с нем./ ред. М. Перре, У. Бауманн. – 2-е междунар. изд. – СПб.: Питер, 2006. – 1312 с.
3. Бройтигам В., Кристиан П., Рад М. Психосоматическая медицина: – М.: ГОЭТАР медицина, 1999. – 376 с.
4. Елфимов М.А., Елфимова Е.В. Интегративный подход к лечению и реабилитации пациентов с некоторыми психосоматическими расстройствами, Вестник РУДН, серия Медицина. 2004, №1 (25).
5. Карвасарский Б.Д. Энциклопедия психотерапии СПб.: Питер, 2006. – 944.
6. Кулаков С.А. Основы психосоматики, СПб.: Речь, 2005. – 288 с.
7. Смулевич А.Б., Сыркин А.Л., Козырев В.Н. Психосоматические расстройства (клиника, эпидемиология, терапия, модели медицинской помощи) // Ж. неврологии и психиатрии. – 1999. – Т. 99, № 4. – С. 4-16.
8. Rozensky R.H., Sweet J.J., Tovian S.H. Psychological assessment in medical settings, New York Premium Press, 1999. – 323 с.
9. Handbook of counseling and psychotherapy edited by Feltham C., Horton I., London: Sage publications, 2000. – 777с.
10. Rehabilitation counseling in physical and mental health edited / by Etherington K. – L.: Jessica Kindsley Publishers, 2002. – 256 с.