

ПСИХОГЕННЫЕ ПСИХОСОМАТИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА: КОМПЛЕКСНЫЙ ПОДХОД

Профессор **Ю.С.ШЕВЧЕНКО**

Эпиграф:

*«Страсти, порочные желания,
беспорядок в мыслях, болезненное
воображение, страх, меланхолия,
гнев и зависть, печаль
вызывают болезни».*



«Порочный круг» инертной самоподдерживающейся системы психосоматоза предполагает специальные мероприятия, направленные на разрыв инертных механизмов приобретенного патологического гомеостаза



Основные концепции патогенеза психосоматических расстройств и лечебные подходы

А. Психологическое направление

1. *Психодинамическая* теория рассматривает психосоматоз

а) как конверсию энергии неотрагированных эмоций в телесные симптомы (З. Фрейд, 1894; G. Groddeck 1917; S.E. Jelliffe, 1936);

б) как результат специфического эмоционального конфликта и вегетативного невроза (Ф. Александер, 1949; J. Mirsky 1958);

классический психоанализ, психодрама, символдрама, реактивная музыкотерапия

в) как соматическую реализация психологических «профилей» личности (F. Dunbar, 1954; Я. Рейковский, 1979).

коррекционно-психологические и коррекционно-педагогические подходы

2. Бихевиоральная теория рассматривает психосоматоз как проявление типов поведенческой активности (M. Friedman, R. Rosenman, 1959; C.D. Jenkins, 1983).

поведенческая психотерапия

3. Личностная теория рассматривает психосоматоз

- а) как «специфическое соматическое лицо» акцентуированной личности (А.Е.Личко 1977, 1983, 1985; К.Леонгард, 1981);
- б) как невротическое выражение инфантильной личности (W.Reich, 1949 (цит. по Менделевич В.Д. 2002):
- в) как результат перфекционистских установок личности (А.Б.Холмогорова, Н.Г.Гаранян, 1998; В.Д.Менделевич, 2002).

лично ориентированные подходы

(когнитивная П.Т., суггестия в т.ч. «материнский гипноз»)

Б. Биологическое направление

1. *Конституциональная* (соматотипическая) теория трактует телесные болезни

а) как проявление особенностей темперамента (Гиппократ 460-г. до н.э.);

б) как проявление особенностей строения тела и характера (Э.Кречмер, 1921);

в) как декомпенсацию пограничной аномальной личности (И.В.Боев, 1999);

г) как проявление психопатии, соматопатии (соматотонии), психосоматического диатеза (У.Шелдон, 1942; К.Шнейдер, 1928; П.Б.Ганнушкин, 1933; С.А. Овсянников, Б.Д.Цыганков, 2001).

суггестия и ауто­суггестия, нейролингвистическое

программирование, телесно ориентированной психотерапии, регулятивная музыкотерапия, арттерапия, психофармакотерапия

групповая психотерапия, модификации поведения, терапии «средой», коррекционная педагогика, ауто­тренинг, глубинный

гипноз, когнитивная психотерапия

2. **Психобиологическая** (соматодинамическая) теория связывает телесные болезни

а) с нарушением процессов десоматизации-ресоматизации (М. Schur , 1955);

б) с процессом двухфазного вытеснения (А. Митчерлих 1954, 1968);

в) с алекситимией (Р.Е. Sifneos, 1973, 1977,1996; J.C. Nemiah, 1975, 1977);

г) с проявлением дефицитарной агрессии (Г. Аммон, 1995);

д) с антиципационной недостаточностью (Р.Лазарус,1970; В.Д.Менделевич, 2002)

онтогенетически ориентированные подходы (регрессивный гипноз, психоаналитические методики, нейропсихологическая коррекция, арттерапевтические и психодраматические приемы развивающие эмоциональную сферу, бихевиорально-когнитивная и этологическая психотерапия, антиципационный тренинг)

В. Нейрофизиологическое направление рассматривает телесные болезни как результат

- а) нарушения кортико-висцеральных отношений (К.М.Быков, 1960; Курцин И.Т., 1973);
- б) нейро-гуморальных сдвигов под влиянием стресса (Г.Селье, 1972);
- в) нейрогуморальных сдвигов под влиянием т.н. эмоционального стресса (Р.Лазарус, 1970);
- г) формирования патологических функциональных систем (П.К.Анохин, 1978);
- д) проявление потребностно-информационной природы эмоций (П.В.Симонов, 1981).

телесно ориентированная ПТ, аутотренинг, нейропсихологическая коррекция, вегетативный тренинг, функциональная тренировка, развитие эмоциональной компетентности, общебиологическая и психофармакотерапия

Большинство из существующих концепций не исключают, а **ДОПОЛНЯЮТ** друг друга.

Выделенные механизмы психопатогенеза психосоматических расстройств могут сочетаться, особенно при их длительном существовании.

Это требует всестороннего и комплексного лечебно-коррекционного воздействия на страдающего ими человека.

В пятиуровневом подходе к **комплексной терапии психосоматических расстройств** (Шевченко Ю.С., 2010; 2013) каждый уровень включает **специфический** и **общеоздоровительный** эффект психотропного и соматотропного воздействия.

Первый уровень – **метаболический.**

Второй уровень – **нейрофизиологический.**

Третий уровень - **синдромальный.**

Четвертый уровень – **поведенческий.**

Пятый уровень – **личностный.**

- Первый уровень – **метаболический**.

Направленность лечения:

- а) «базисная» для всего расстройства невротическая **депрессия** в соответствии с ее конкретным вариантом (*тревожным, астеническим, тоскливым, дисфорическим*);
- б) сопутствующие и коморбидные **невротические и поведенческие расстройства**;
- в) нередкие у детей и подростков проявления **резидуально-органической церебральной недостаточности**;
- г) неспецифическое **общеукрепляющее лекарственное, физиотерапевтическое** и прочее воздействие;
- д) **симптоматическая терапия вегетососудистых, алгических, астматических и прочих проявлений системного соматоформного расстройства**;
- е) Переходными к следующему уровню можно считать **ароматерапию, магнитотерапию, гипербарическую оксигенацию** и проч.

Второй уровень – **нейрофизиологический**.

*Нейропсихологическая коррекция направлена на исправление дизнейроонтогенетически-дизонтогенетических дефектов функций основных блоков мозга (по А.Р. Лурия) ответственных за: энергетическое обеспечение всего организма (**1-й блок**); операциональную деятельность мозга на уровне сенсорно-информационных систем, их внутри- и межполушарное взаимодействие и психомоторную реализацию (**2-й блок**); произвольно-волевое, разумное поведение и чисто человеческое мышление (**3-й блок**).*

***А). Общим эффектом** сенсомоторной коррекции является улучшение общего чувства тела, включающего протопатические, гаптические и витальные чувства.*

***Б). Специфический эффект** заключается в воздействии на церебральные причины алекситимии и антиципационной недостаточности.*

***В). Соматотропный компонент** данного уровня обеспечивается общей и дыхательной гимнастикой, общим и точечным массажем, психомышечной тренировкой, плаванием, прыжками на батуте.*

***Г).** Переходом к следующему уровню можно считать приемы психомышечной тренировки.*

Третий уровень - **синдромальный**.

Направленность: облигатный для всех психосоматических расстройств патопсихологический синдром – *алекситимия* и дизонтогенетически-конституциональная *дефицитарность эмоциональной сферы* в целом.

Цель коррекционно-психологические приемов - развитие способности:

а) воспринимать эмоции окружающих;

б) дифференцировать и вербализировать собственные эмоции; моделировать собственное эмоциональное состояние как на уровне базальной аффективности, так и на уровне высших (творческих, эстетических) эмоций;

в) понимать и компенсировать компоненты собственной «психосоматической структуры личности».

г) более общие задачи этого уровня – повышение эмоциональной устойчивости, снижение тревожности и аффективной застремляемости.

д) Соматический аспект данного уровня представлен необходимой помощью соответствующего специалиста (кардиолога, пульмонолога, гастроэнтеролога, эндокринолога, дерматолога и т.д.) в отношении психосоматического синдрома, находящегося на втором или третьем этапе динамики

е). Переход к следующему уровню представлен психотехническими приемами на основе принципа «слово-движение», а также соматической саморегуляцией с использованием приемов биологической обратной связи (Б-О-С).

Четвертый уровень – **поведенческий**. Направленность - формирование и закрепление желательных и подавление нежелательных моделей поведения для облегчения социальной адаптации и повышения конформности в референтной группе с помощью бихевиоральной, когнитивной, суггестивной, и других видов психотерапии.

А). *Неспецифический* аспект данного уровня - добиться от ребенка элементарного послушания родителям, а затем и другим взрослым, с которыми ему предстоит работать.

В процессе когнитивно-поведенческой психотерапии:

Б) преодолеваются ригидные архаические механизмы психологической защиты,

В) расширяется поведенческий диапазон реагирования в конфликтных ситуациях,

Г) осваиваются социально приемлемые способы экспрессивной канализации агрессии, приемы саморегуляции в эмоционально значимых ситуациях (АТ, парадоксальная интенция),

Д) десенсибилизируются индивидуально типичные стрессогенные факторы,

Е) анализируются и дезактуализируются вторичные рентные установки.

Ж) Приемы сомато-психической саморегуляции в сочетании с когнитивной коррекцией внутренней картины болезни соединяют данный уровень комплексной терапии со следующим.

Пятый уровень – **ЛИЧНОСТНЫЙ** (социально-личностный).

Его цель:

- А) разрешение внешних и внутренних психогенных конфликтов,
- Б) личностный рост пациента,
- В) гармонизация межперсональных отношений в процессе индивидуальной, семейной и групповой психотерапии.

Ключевой организационно-методической формой работы на этом уровне (завершающей, а порой предвосхищающей прочие формы психотерапии) является интегративная семейно-групповая методика интенсивно-экспрессивной психотерапии и психокоррекции (ИНТЭКС), разработанная Ю.С.Шевченко и В.П.Добриденем на основе концепции онтогенетически-ориентированной (реконструктивно-кондуктивной) психотерапии.

Г) Особенности проведения методики ИНТЭКС - восемь дней подряд непрерывного погружения в психотерапевтический процесс (минимум 64 часа собственно лечебно-коррекционной работы), завершаемого сеансом эмоционально-стрессового воздействия, построенного по сценарию традиционно-архетипического ритуала инициации позволяют, помимо всего прочего, *разрушить инертные интра- и экстрапсихические механизмы устойчивого патологического состояния.*

Представленный пятиуровневый подход, несмотря на достаточную условность границ между уровнями и относительную специфичность вышеперечисленных психотерапевтических приемов, позволяет воздействовать на все «слои» телесно – душевно - духовной организации человека, на все звенья патогенетической цепи психосоматического расстройства в психогенетическом, индивидуально-личностном и симптоматическом направлении и осуществлять **комплексную** лечебно-коррекционную и воспитательно-социализирующую помощь пациентам с психогенными психосоматическими расстройствами.

СПАСИБО ЗА ВНИМАНИЕ

