

КРИЗИС ЛИЧНОСТИ И ФЕНОМЕНОЛОГИЯ ПСИХОСОМАТИЧЕСКИХ ПОСЛЕДСТВИЙ

Аннотация

В статье анализируются психосоматические подходы в психотерапии и рассматриваются последствия кризисной феноменологии личности, а также процессуальные особенности детерминант и мишеней психосоматической болезни.

Ключевые слова

Личность, интеграция, психосоматика, телесная реакция, эмоции, переживания, стресс, орган, кризис

Annotation

The article analyzes psychosomatic approaches in psychotherapy and examines the consequences of the crisis phenomenology of personality, as well as the procedural features of the determinants and targets of psychosomatic illness.

Keywords

Personality, integration, psychosomatics, bodily reaction, emotions, experiences, stress, organ, crisis

По мнению многих специалистов, пандемия и специальная военная операция повлекли за собой не только ПТСР, но и увеличение психосоматических болезней среди населения России.

Психосоматика (с греческого psycho – "душа" и soma, somatos – "тело") – направление в медицине и психологии, прижившееся в

медицинской среде в 50-х годах прошлого века. Оно изучает и объясняет влияние эмоциональных переживаний, стрессов и психологических проблем на физическое состояние.

В основе психосоматических болезней лежит первичная реакция на конфликтное переживание, связанная с морфологически устанавливаемыми изменениями и патологическими нарушениями в органах. Соответствующая предрасположенность может влиять на выбор органа. Заболевания, связанные с органическими изменениями, принято называть истинными психосоматическими болезнями, или психосоматозами. Первоначально выделяли 7 психосоматозов (“holy seven”): бронхиальная астма, язвенный колит, эссенциальная гипертония, нейродермит, ревматоидный артрит, язва двенадцатиперстной кишки, гипертиреоз. Позже этот список расширился — к психосоматическим расстройствам относят рак, инфекционные и другие заболевания [1, 8, 11].

Эмоциональная реакция, выражающаяся в форме тоски и постоянной тревоги, нейровегетативно-эндокринных изменений и характерном ощущении страха, является связующим звеном между психологической и соматической сферами. Полное развитие чувства страха предотвращено защитными физиологическими механизмами, но обычно они лишь уменьшают, а не устраняют полностью эти физиологические явления и их патогенное действие. Этот процесс можно рассматривать как торможение, то есть состояние, когда психомоторные и словесные выражения тревоги или враждебных чувств блокируются таким образом, что стимулы, поступающие из ЦНС, отводятся к соматическим структурам через вегетативную нервную систему и, таким образом, приводят к патологическим изменениям в различных системах органов.

При наличии эмоционального переживания, которое не блокируется психологической защитой, а, соматизируясь, поражает соответствующую

ему систему органов, функциональный этап поражения перерастает в деструктивно-морфологические изменения в соматической системе, происходит генерализация психосоматического заболевания. Таким образом, психический фактор выступает как повреждающий.

Тесную взаимосвязь психического и соматического заметили и начали изучать уже со времен Гиппократ и Аристотеля, а термин «психосоматический» ввел немецкий врач Я. Хайнрот в 1818 году. Проблему психосоматических соотношений стали широко развивать и изучать в 50-х годах такие аналитики как Адлер, Сонди, в России наиболее близко к этому направлению подошли ученые школы И.П.Павлова при разработке метода экспериментального невроза [9].

В соответствии с интегративным подходом, психосоматическое направление, как дополнительная дисциплина, является подходом, который учитывает многообразие причин, методов и техник, позволяющих работать с человеком целостно [7].

В процессе эволюции постепенно изменялись механизмы приспособления психики человека к окружающей среде, менялись нагрузки, от которых нет программ генетической защиты, эмоции человека, изначально призванные мобилизовать организм на защиту, стали чаще подавляться, встраиваться в социальный контекст, а со временем извращаются, перестают признаваться их хозяином и могут стать причиной разрушительных процессов в организме [10].

В настоящее время психосоматика является междисциплинарным научным направлением, которое исследует влияние эмоций на физиологические процессы человека, изучает поведенческие реакции, психологические механизмы, воздействующие на физиологические функции, ищет способы изменения деструктивных для организма способов эмоционального реагирования и поведения, исследует

распространенность психосоматических расстройств и их связь с культурными традициями и условиями жизни. Она рассматривает возможности возникновения любого заболевания при взаимодействии как физических, так и психосоциальных факторов, используя интегральный психосоматический подход, который определяется рядом факторов:

- неспецифическая наследственная и врожденная отягощенность;
- наследственная предрасположенность;
- личностные особенности;
- психические и физические состояния во время действия психотравмирующих событий;
- фон неблагоприятных семейных и других социальных факторов;
- особенность психотравмирующих событий.

Перечисленные факторы участвуют в происхождении психосоматических расстройств, делают человека уязвимым к психоэмоциональным стрессам, затрудняют психологическую и биологическую защиту, вызывая эмоциональные переживания, нейро-вегетативно-эндокринные изменения, которые являются связующим звеном между психологической и соматической сферой. Толчком к развитию психосоматических симптомов могут стать трудные жизненные ситуации, предрасположенность, определенные условия и провоцирующие факторы, которые указывают на взаимосвязь: предрасположенность – личность – ситуация. Соотношение психологического и соматического, то есть влияние предрасположенности и среды, фактическое состояние окружающей среды и ее субъективная переработка, физиологические, психологические и социальные воздействия в их совокупности и взаимодополнении – все это имеет значение в качестве взаимодействующих между собой факторов психосоматических заболеваний. Любое психосоматическое заболевание является свойством человеческого организма как системы. Оно не выводится по отдельности

ни из психических, ни из физиологических свойств человека, его можно объяснить путем исследования обеих подсистем – психологической и соматической [9, 11].

Интерес к психосоматическому направлению и актуальность проблемы способствовали развитию множества теорий, моделей и классификаций возникновения психосоматических заболеваний. Мы рассмотрим некоторые популярные концепции, раскрывающие различные стороны и аспекты психосоматических расстройств.

Вопросами типологии личности занимались еще в древности, Гиппократ, а затем Гален описали разные типы темпераментов: сангвиников, холериков, флегматиков и меланхоликов, а после это положение получило развитие в психологических теориях конституции Эрнста Кречмера (Кречмер, 2000) и Уильяма Шелдона (Sheldon, Stevens, 1942).

Данные теории послужили опорой для развития характерологического направления психосоматики, которое разработал американский врач Флендрес Данбар, основываясь на клинических наблюдениях. Он выявил два основных личностных профиля:

1. «Личность, склонная к несчастью» - это импульсивные, любящие приключения люди, которые живут одним моментом, не думая о будущем, поддаются любому спонтанному порыву, не контролируют свою агрессивность в отношении других людей, при этом проявляют тенденцию к самонаказанию и неосознанному чувству вины.

2. Личность, проявляющая выдержанность, способность к целенаправленной деятельности и самообладанию, отказывавшиеся от непосредственного удовлетворения своих потребностей ради отдаленной цели.

Несмотря на различие типологических характеристик профилей, Данбар выделил схожие черты такие, как склонность к отстранению от реальности и недостаточная вовлеченность в текущую ситуацию наряду с недостаточной способностью к словесному выражению своих эмоциональных переживаний.

Основателем психоаналитической концепции, на которую в последствии опирались психосоматические исследования, стал Зигмунд Фрейд, утверждавший, что подавленные из сознания эмоции и социально неприемлемые инстинкты (агрессивные, сексуальные) порождают психосоматические симптомы. Это положение было отражено в конверсионной модели, которую Фрейд изложил в своих работах «Психоневрозы защиты» (1894) и «Исследование истерии» (1895), где под конверсией понимается смещение психического конфликта и попытка разрешить его при помощи различных симптомов в области тела – соматические, моторные или чувственные. В соответствии с конверсионной моделью, благодаря соматическому симптому появляется эмоциональное облегчение, которое смягчает давление бессознательного конфликта.

3. Фрейд выделил основы механизма диссоциации, который является активным процессом психологической защиты, механизмом вытеснения из сознания угрожающих или нежелательных элементов. Эмоция, которую невозможно выразить, переходит в физический симптом, представляющий собой компромисс между неосознаваемым желанием выразить мысль или чувство и страхом перед возможными последствиями, формируя появления вторичных выгод от принятия роли больного, используя симптомы как средство коммуникаций и манипуляций в социальном окружении. Такой способ общения характерен инфантильной, незрелой, зависимой личности.

К теориям психоаналитического направления относится теория де- и ресоматизации М. Шура (Schur, 1974), где автор изложил мнение, что в раннем детстве для человека характерно единое «психофизиологическое переживание», связанное с сопровождающими его соматическими процессами, как, например, страх – реакция на психическом уровне, и появление дрожания, потоотделения и учащение дыхания – реакция на соматическом уровне.

Взросление ребенка, согласно Шуру, представляет собой процесс десоматизации, в ходе которого психические и соматические механизмы становятся зрелыми, центральная и вегетативная нервные системы дифференцируются, улучшается координация и движение, совершенствуются процессы восприятия. В дальнейшем развитии активные действия и соматические реакции заменяются речью и внутренними переживаниями. Однако в результате неблагоприятного события и стрессовых факторов нормальный процесс десоматизации может обернуться регрессией в форме ресоматизации, то есть в ситуациях внутренней и внешней опасности происходит возвращение раннего соматического способа реагирования. По мнению Шура, психосоматический симптом возникает, когда при сильной нагрузке нарушается психодинамическое равновесие и происходит внезапный прорыв бессознательного.

К психоаналитическим концепциям относятся так же теория переживаний потери объекта Фрайбергера (Freuberger, 1976 a, b) и теория отказа от веры в будущее Энгеля и Шмале (Engel, Schmale, 1967). Переживания потери объекта часто встречаются в начале психосоматического заболевания, которое может быть спровоцировано временной или длительной потерей контакта с родными, потерей привычной деятельности (профессии), значимых отношений, утратой близких. В силу лабильной самооценки человек воспринимает утрату как

нарциссическую травму, поэтому потеря остаётся непроработанной и может возникнуть депрессия, при которой возникают чувства отказа от борьбы и брошенности, чувство разрыва связи между прошлым и будущим, жизнь воспринимается мрачной и непривлекательной.

В данной теории описывают «психосоматическую линию развития», которая включает такие компоненты, как «симптом», «конфликт» и «личностные особенности», для которых свойственны следующие характеристики:

- неуверенность «Я», или слабость «Я»: недостаточная интроспекция, нарушенное «базисное доверие», сниженная толерантность к фрустрации, повышенная потребность в зависимости, минимальная способность к освоению новых эмоциональных установок;

- душевная пустота вследствие сниженного чувственного переживания и механистичности мыслительных процессов, параллельно с этим проявления компенсаторного выражения телесных ощущений и ипохондрических жалоб;

- орально-нарциссическое нарушение со склонностью к непроработанным переживаниям потери объекта;

- защитное поведение (жалобы, обвинения), за которым стоит сильное стремление к зависимости от ключевых фигур с целью вновь завладеть утраченным объектом и компенсировать потерю.

В теории двухфазного вытеснения А. Митчерлих (Mitscherlich, 1956) представил развитие психосоматического процесса, в котором сначала человек старается справиться с конфликтом при помощи психических средств на социальном уровне:

- при достаточной зрелости личности он пытается разрешить конфликт при помощи обычных средств социального взаимодействия (например, путем обсуждения соответствующих проблем, путем стратегий

совладания) или через зрелые механизмы защиты (вытеснение, сублимация);

- в случаях, когда использование нормальных (здоровых) механизмов защиты недостаточно, подключаются невротические (патологические) защитные механизмы (например, навязчивые мысли и действия, страхи, фобии и т.п.)

- иногда защитные механизмы включают всю личность в целом (невротическое развитие личности или невроз характера).

И если не удастся справиться с угрожающим существованию конфликтом, то подключается соматизация, которая может привести у структурным изменениям. Это защита на психосоматическом уровне.

Психоаналитик П. Шильдер (Schilder, 1950) разработал когнитивный подход к специфике психосоматических расстройств – «схема тела», для описания системы представлений человека о физической стороне собственного «Я», о своем теле, в виде своеобразной телеснопсихологической «карты».

«Схема тела», согласно Шильдеру, рассматривается как биологическая, психологическая и социальная конструкция, как динамически-историческая формация. «Схема тела» тесно связана с инстинктивными потребностями и межличностным опытом в социальной сфере. Исходя из этого, нарушения «схемы тела» проявляются и в нарушениях отношений человека с самим собой, с другими людьми и с окружающим миром в целом. Согласно этой концепции автор рассматривает социальные отношения в целом как отношения между «схемами тела». Психосоматические нарушения возникают тогда, когда появляются ошибки и «белые пятна» в представлении о внутреннем мире (о собственном теле) и внешнем мире (о конкретных жизненных ситуациях).

По мнению ряда авторов поведенческого направления в интерпретации психосоматических заболеваний, в основе может лежать нарушения функционально-гедонистических соотношений, формирующих поведение, которое является результатом неправильного, неадекватного научения (Орлов, Гройсман, 1998). Психосоматическое расстройство в данном направлении трактуется как разнообразные формы отклоняющегося поведения, в частности – аддитивное поведение. Ключевыми понятиями в интерпретации психосоматических заболеваний являются такие, как мотивация (система мотивов), адекватное или неадекватное опредмечивание потребностей (процесс, при котором потребность находит свой «предмет»), система ценностей личности, формирующихся в процессе социализации, в ходе социально-психологического функционирования личности [1, 9, 11].

Психосоматические заболевания возникают в результате дисгармонии потребностей, которые могут быть истоками различных заболеваний, в том числе и ожирении. В этом случае защитная реакция организма может приводить не только к перееданию, но и подавлению аппетита, так как гедонистические потребности извращаются. Это происходит в том случае, когда родители откладывают наказание ребенка за проступок и тем самым создают ситуацию, при которой боль как наказание воспринимается как удовольствие или удовольствие на фоне тревоги, вызванной чувством вины. Таким образом, происходит деформация поведения, которое ведет к развитию мазохистских склонностей, проявляющихся в приеме и объеме пищи.

Интегративные модели являются еще одним самостоятельным направлением развития психосоматических теорий. Мы рассмотрим некоторые из них.

Т. Икскюль (Th. Uexkull, 1963) изложил и теоретически обосновал биопсихосоциальную модель, в которой он раскрыл понятие

психосоматической медицины как « поиск потерянного живого тела». В данной модели выявляются две основные задачи:

- создать модель отношений между организмом и окружающей средой;
- создать модель отношений между биологическими, психологическими и социальными процессами.

Икскуль в своей теории говорил о реакциях в экстремальных ситуациях, о болезнях готовности. В состоянии готовности свершается переход эмоций, вызванный, например, случаем, воспринимаемым как опасность, в телесную. При этом тело полагается на эмоции и аффекты. Такая готовность может стать хронической, если ее первоначальная цель не осуществляется. По мнению Икскуля, заболевание развивается тогда, когда разрешение состояния готовности невозможно.

От заболеваний готовности отличается от конверсионных синдромов, которые описаны как болезни выражения. В их основе лежит конфликт мотивов, который ведет к тому, что запрещенные мотивы, желания не сопровождаются действиями в результате внутренних запретов, и тем самым появляются симптомы «значение выражения» как зашифрованная попытка выразить какое-то содержание.

К интегративным моделям относится и медицинская антропология В. Вайцеккера (Weizsacker, 1949), в которой телесное и душевное понимаются как взаимодействие двух субстанций, где страдание тела рассматривается в контексте жизни человека.

Вайцеккер в данном направлении изложил свое изучение «биологических актов» (поддержание равновесия, прием пищи, осязание и т.д.) как закономерностей, которые определяют взаимодействие психофизических обусловленностей в отношениях с окружающей средой. Он рассматривает их как непрерывную взаимообогащаемую и законченную телесно-психическую круговую связь. Данное явление

Вайцеккер назвал кругом образов, где душевное и телесное могут взаимно замещать друг друга.

Особую важность Вайцеккер придавал тем периодам, которые он обозначил их термином «криз». Такие периоды являются одновременно поворотным пунктом и характеризуются переворотом в соматических функциях. Критические пики возникают в ситуациях разлуки, при нарушениях привычного ритма жизни, которые могут осознаваться и не осознаваться. Вайцеккер ввел понятие «замещение места» как процесс, в результате которого вместо душевных переживаний возникают соматические проявления. То, что человек вытесняет из сознания, продолжает действовать в теле.

К психофизиологически ориентированным моделям психосоматических расстройств относятся такие психосоматические исследования как теория стресса, классическая условно-рефлекторная модель и кортико-висцеральная теория, модель синдрома дефицита удовлетворенности.

Теория стресса (Cannon, 1929, Селье, 1982, 1991), в которой были отражены экспериментально-психологические, клиничко-физиологические, биохимические и цитологические исследования последствий эмоционального стресса, устанавливающие влияние экстремальных и хронических стрессовых ситуаций на восприимчивость и особенности патогенеза, течения и терапии психосоматических заболеваний.

У. Кэннон разработал теорию эмоций, где стенические отрицательные эмоции рассматривались как защитные реакции «борьбы и бегства». Негативные эмоции (гнев или страх) биологически целесообразны, так как они подготавливают организм к активности, которая позволит успешнее вступить в схватку или спастись бегством. Активизируется симпатический отдел вегетативной нервной системы – в

кровь выбрасывается адреналин, учащается сердцебиение, повышается артериальное давление, перераспределяется кровоток, учащается дыхание, - для подготовки к двигательной активности, которая важна для физического выживания. Однако для современного человека эта реакция создает определенные проблемы, так как вступает в противоречие с правилами поведения в социуме.

И человек, столкнувшись с неприятной ситуацией, внутренне напрягается и подготавливается к действию, самого действия не происходит и неотрагированные эмоции остаются, что может привести к формированию психосоматических заболеваний.

Реакция стресса (адаптационный синдром), описанный физиологом Гансом Селье (Селье, 1982, 1991), означает реакцию напряжения – напряжение адаптационных физиологических механизмов.

В соответствии со схемой протекания стресса по Г. Селье первоначальную стадию стрессовой реакции составляет фаза тревоги, при которой происходит запуск реакции напряжения, вырабатывается гормоны мозгового вещества надпочечников – адреналин и норадреналин, что приводит к мобилизации ресурсов организма и наступает фаза резистентности. По Селье, на обеспечение подобного состояния затрачивается глубокая адаптационная энергия, которая может привести к фазе истощения запасов, или срыв адаптации [1, 3].

Учитывая, что основным видом стресса для современного человека является психоэмоциональный стресс (Бодров, 1995), и поэтому психосоматические расстройства можно назвать «болезнями неотрагированных эмоций».

В классической условно-рефлекторной модели были отражены исследования учеников И. П. Павлова (20-е – 30-е годы XX века), которые создали физиологическую модель внутреннего психологического конфликта. Согласно этой модели, в основе психосоматических

расстройств человека лежит «сшибка» условных рефлексов, имитирующая ситуацию неопределенности, содержащую логически неразрешимые противоречия. Еще один физиологический механизм психологических срывов – образование патологических условных рефлексов.

Кортико-висцеральная теория К. М. Быкова и И. Т. Курицина (1950-е годы) объясняет происхождение психосоматических расстройств через влияние коры головного мозга на состояние внутренних органов (по механизму условных рефлексов), поэтому непосредственной причиной психосоматических заболеваний является нарушение динамики физиологических процессов (баланса возбуждения и торможения) на уровне коры головного мозга.

Еще одной физиологической моделью психосоматических расстройств является теория синдрома дефицита удовлетворенности К. Блюма [11].

«Центры удовольствия» мозга выделяют такие нейромедиаторы, как дофамин и серотонин, которые способствуют выбросу эндогенных опиатов, или эндорфинов – «медиаторов счастья», которые создают ощущение физического благополучия, вызывает чувство удовлетворения (вплоть до блаженства), эмоциональную приподнятость (доходящую до эйфории). Недостаток эндогенных опиатов вызывает тревогу и депрессию. Под действием различных факторов, связанных с неестественным (неэкологичным, нефизиологичным) образом жизни человека, этот биохимический механизм сбивается. Биологический «маятник» начинает раскачиваться между крайними положениями – «удовлетворенность» и «дискомфорт», в результате чего человек начинает устранять тревогу и эмоциональный дискомфорт путем следующих средств:

- приема психоактивных веществ, что ведет к нарушению влечений, к разнообразным химическим формам зависимости (алкогольной,

наркотической, никотиновой), а так же к пищевой зависимости, что приводит к перееданию;

- поведения, связанного с риском (азартные игры, экстремальные виды спорта;

- повышенной агрессивности, антисоциальное поведение.

Кроме рассмотренных выше моделей возникновения психосоматических расстройств, так же существуют следующие концепции и теории:

- Психосоматический симптом как результат нарушения самоуважения, эгопсихология Кохута.

- Психосоматический симптом как результат нарушения объектных отношений (М. Кляйн, Р. Фейрбери, Д. Винникот, О. Кернберг).

- Психосоматический симптом как результат ролевого конфликта (теория Морено).

- Психосоматический симптом как результат дисфункции семейной системы.

- Психосоматический симптом как базовая тревожность К. Хорни.

- Теория импринтинга.

Во второй половине XX века появилась теория совладания личности с трудными жизненными ситуациями (стратегии поведения при стрессе) – «копинг», термин, который был введен А. Маслоу (Maslow, 1987), обозначает справиться, совладать, то есть подразумеваются постоянно изменяющиеся когнитивные и поведенческие попытки справиться с внешними и (или) внутренними требованиями, которые оцениваются как напряжение или превышают возможности человека справиться с ними.

Копинг-поведение является формой поведения, которая отражает готовность человека решать жизненные проблемы, направленное на

приспособление к обстоятельствам и предполагающее сформированное умение использовать определенные средства для преодоления эмоционального стресса. Особенности этого умения связаны с «Я»-концепцией (системы представлений индивида о самом себе, рефлексивная часть личности), локусом контроля (свойство личности приписывать свои успехи или неудачи внутренним либо внешним факторам), эмпатией, условиями среды. Выделяют следующие способы копинг-поведения:

- разрешение проблемы;
- поиск социальной поддержки;
- избегание.

Совладающее поведение реализуется посредством применения различных копинг-стратегий на основе ресурсов личности и среды. Одним из важных ресурсов среды является социальная поддержка, к личностным ресурсам относятся адекватная «Я»-концепция, позитивная самооценка, интернальный локус контроля, оптимистическое мировоззрение, эмпатический потенциал, аффилиативная тенденция (способность к межличностным связям) и другие психологические конструкты. Процессы совладания являются частью эмоциональной реакции, от которых зависит сохранения эмоционального равновесия, так как они направлены на уменьшение, устранение или удаления действующего стрессора, осуществляя вторичную оценку последнего. Результатом вторичной оценки становится один из трех возможных типов стратегии совладания:

- Непосредственные активные поступки с целью уменьшения или устранения опасности (нападение или бегство, восторг или любовное наслаждение).
- Косвенная или мыслительная форма без прямого воздействия, невозможного из-за внутреннего или внешнего торможения, например, вытеснения («это меня не касается»), переоценка («это не так уж и

опасно»), подавление, переключение на другую форму активности, изменение направления эмоции с целью ее нейтрализации и т.д.

- Совладание без эмоций, когда угроза личности не оцениваются как реальная (соприкосновение со средствами транспорта, бытовой техникой, повседневными опасностями, которых мы успешно избегаем).

Защитные процессы стремятся избавиться от рассогласованности побуждений и амбивалентности чувств, предохранить от осознания нежелательных или болезненных эмоций, устранить тревогу и напряженность.

Можно выделить три основных критерия копинг-поведения:

1. Эмоциональный/проблемный:

- эмоционально-фокусированный копинг – направлен на урегулирование эмоциональных реакции;

- проблемно-фокусированный копинг – направлен на то, чтобы справиться с проблемой или изменить ситуацию, которая вызвала стресс.

2. Когнитивный/поведенческий:

- «скрытый» внутренний копинг – когнитивное решение проблемы, целью которой является изменение неприятной ситуации, вызывающей стресс;

- «открытый» поведенческий копинг – ориентирован на поведенческие действия.

3. Успешный/неуспешный:

- успешный копинг – использование конструктивных стратегий, приводящих к преодолению трудной ситуации, вызвавшей стресс;

- неуспешный копинг – использование неконструктивных стратегий, препятствующих преодолению трудной ситуации.

Человек, оказавшийся в трудной ситуации, может использовать как одну, так и несколько стратегий совладания. Таким образом, существует взаимосвязь между теми личностными конструктами, с

помощью которых человек формирует свое отношение к жизненным трудностям, и тем, какую стратегию поведения при стрессе (совладания с ситуацией) он выбирает.

Существует два основных типа стиля реагирования при стрессе:

- Проблемно-ориентированный стиль, направленный на рациональный анализ проблемы, связан с созданием и выполнением плана разрешения трудной ситуации и проявляется в таких формах поведения, как самостоятельный анализ случившегося, обращение за помощью к другим, поиск дополнительной информации.

- Субъективно-ориентированный стиль является следствием эмоционального реагирования на ситуацию и проявляется в виде стремления не думать о проблеме вообще, попыток вовлечения других в свои переживания, желания забыться во сне, растворить свои невзгоды в алкоголе или компенсировать отрицательные эмоции едой. Эти формы поведения характеризуются наивной, инфантильной оценкой происходящего.

Д. Роджер, английский психолог (Roger et al., 1993), выделяет четыре фактора копинг-поведения: рациональное и эмоциональное (негативные переживания) реагирование, отстраненность и избегание.

Стратегии поведения раскрываются в различных формах адаптации. Адаптация, в отличие от простого приспособления, является активным взаимодействием человека с социальной средой с целью достижения оптимальных уровней по принципу гомеостаза, которое также отличается относительной стабильностью.

Проблема адаптации тесным образом связана с проблемой здоровья/болезни. Многофункциональность и разнонаправленность жизненного пути обуславливают взаимосвязь и взаимообусловленность процессов соматического, личностного и социального функционирования. Таким образом, адаптационный процесс включает в себя различные

уровни человеческой жизнедеятельности и жизненного пути. Внутренняя картина жизненного пути включает ряд компонентов:

1. Соматический (телесный) – отношение к своей телесности (к здоровью/болезни, к возрастным и соматическим изменениям).

2. Личностный (индивидуально-психологический) – отношение к себе как к личности, отношение к своему поведению, настроению, мыслям, защитным механизмам.

3. Ситуационный (социально-психологический) – отношение к ситуациям, в которые попадает человек на протяжении своего жизненного пути.

Формой совладающего поведения были названы рациональной компетентностью (предметная направленность при решении проблем, коммуникативная направленность и рациональная саморегуляция) и эмоциональной компетентностью (Либина, Либин, 1998). Эмоциональная компетентность обозначает способность личности осуществлять оптимальную координацию между эмоциями и целенаправленным поведением и основана на адекватной оценке человеком своего взаимодействия со средой.

Эмоциональная компетентность развивается в результате разрешения внутриличностных конфликтов на основе коррекции закрепленных негативных эмоциональных реакций (застенчивости, депрессии, агрессивности) и сопутствующих им состояний, препятствующих успешной адаптации. Выработка навыков условно-рефлекторных позитивных связей, позволяющих выработать индивидуальный стиль, сбалансированный по параметрам оптимальности, комфортности, адаптивности и результативности (Либин, 1993).

Анализ темперамента и психологических черт личности в связи со стратегиями поведения в конфликтных ситуациях (Thomas, 1977; Гришина, 1981) показал, что стратегия избегания оказалась связанной с

такими признаками темперамента, как низкой предметной активностью (направленной на дело) и высокой эмоциональностью, понимаемой как чувствительность к несовпадению ожидаемого и полученного результата, а так же с негативным отношением к себе и низким уровнем самоуправления. Стратегия сотрудничества проявляется людьми, характеризующимися высокой предметной эргичностью (потребностью в напряженной работе), более низкими показателями эмоциональности, интернальностью локуса контроля и позитивным отношением к себе и другим. Стратегия соперничества образует общую закономерность с высоким уровнем эмоциональности в коммуникативной сфере, экстернальным локусом контроля и выраженным ожиданием негативного отношения со стороны окружающих. И стратегия приспособления отличается низкими показателями предметной и коммуникативной активности. Таким образом, стили реагирования при стрессе базируются на психологические свойства личности.

Рассматривая стратегии поведения при стрессовых ситуациях, можно вспомнить концепцию психологии отношений российского медицинского психолога В. Н. Мясищева. Система отношений является главной характеристикой личности. Отношения – это сознательная, основанная на опыте, избирательная связь человека с различными сторонами жизни, которая выражается в действиях, реакциях и переживаниях. Отношения выступают движущей силой личности, характеризуя степень интереса, силу эмоций, желаний, потребностей. Столкновение значимых отношений личности с несовместимой с ними жизненной ситуацией становится источником нервно-психического напряжения, ведущего к нарушению здоровья.

Психосоматические нарушения как правило связаны с ситуативными кризисами. Их можно охарактеризовать как «особые вероятные трудности, с которыми личность не может справиться своими

силами, возникшие в результате каких-либо внезапных или неожиданных событий» [3]. Они могут быть связаны с потерей значимых для человека ценностей, убеждений, мотивов, потерей чего или кого-либо, с кардинальным изменением жизненной энергией.

Можно выделить следующую классификацию причин возникновения кризисов:

- 1) кризисы, связанные со структурой Эго;
- 2) кризисы, связанные с невозможностью реализовать основные тенденции личности;
- 3) кризисы витальности [3].

Их можно подразделить на три основных класса: материальные, социальные и духовные.

Материальные кризисы могут быть связаны с дестабилизирующими изменениями или потерей важных предметов и вещей материального мира (от тела до привычной среды обитания).

При возникновении любого кризиса прежде всего начинает реагировать тело проявлением психосоматических реакций: появляются проблемы с желудочно-кишечным трактом, с позвоночником, дыханием, с весом, пропорцией тела, с кожей, со снижением жизненного тонуса.

Кризисы, которые связаны со структурой материального Эго, сопряжены с физическими факторами функционирования тела: болезнь, несчастный случай, операция (внезапное изменение организма человека, появление депрессивных состояний и отсутствие мотивации к активному поиску возможных решений); рождение ребенка (происходит безвозвратное изменения образа Я, потеря сексуальной и личностной привлекательности для мужа и других мужчин, потеря витальности, опустошение, послеродовые депрессии, появление новых обязанностей в новом статусе матери и т.д.), выкидыш (переживание утраты), аборт (глубокое переживания чувства вины и архетипической греховности);

чрезвычайное физическое напряжение (обусловлено сильным переутомлением физической и психической организации человека), депривация сна (частичное или полное отсутствие удовлетворения потребности во сне, что приводит к психическим расстройствам), сенсорная депривация; чрезмерный сексуальный опыт (невозможность соединить интенсивность, необычность и длительность реализации сексуальных энергий во взаимодействии с партнером, что приводит к физическому истощению), длительная сексуальная неудовлетворенность (требования к качеству сексуальных отношений или их частоте) или травматичный сексуальный опыт (сильная эмоциональная фрустрация и несовпадение с представляемым и реальным сексуальным переживанием), депривация пищи (полное лишение или недостаточное поступление веществ, связанное с модой, идеями о пользе голодания как панацеи от всех болезней, проблем, связанных с телом и душой), быстрое похудание (психические расстройства, булимия, изнурение работой, излишняя сексуальная активность, нарушение обменных процессов заболевания, голодания и т.п) или ожирение и т.д. [3].

Подробнее остановимся на теме набора веса. С одной стороны, набор веса является положительной динамикой восстановления после кризисных ситуаций, как признак оздоровления тела и души.

Однако, с другой стороны, неконтролируемый и быстрый набор веса, превышающий нормативный вес, может так же сигнализировать о наличии кризиса личности, который служит причиной мощной фрустрации.

Сам лишний вес для человека является кризисной ситуацией, так как приводит к изменению тела, увеличению объемов, что является противоположным пониманию молодости, сексуальности, внешней привлекательности, энергичности, активности. Помимо изменения эстетической картинке внешности, избыточный вес является причиной

различных неудобств, связанных с одеванием, обуванием, а так же служит причиной физического дискомфорта как отдышка, повышенная потливость, отечность, ограниченность в движениях и т.д.

Кризис, связанный с ожирением, может быть вызван различными факторами, которые могут быть спровоцированы заболеваниями эндокринной системы, гиподинамией, стрессами, перееданием, психологическими и физическими травмами, генетической предрасположенностью, индивидуальными психическими особенностями, а так же этот кризис может нести в себе и психологические причины.

Тело является источником наслаждения, радости и получения удовольствий. И удовлетворение потребности в еде несет в себе не только базовый первичный смысл, но и является основным способом получения удовольствия с первых дней жизни. Еда, любимые блюда улучшают и поднимают настроение, создают ощущение праздника и веселья, что позволяет забыть о неприятностях, тревогах и негативе. В жизни могут возникать ситуации неопределённости, когда человек чувствует потребность в чем-то, но не может осознать и понять, в чем именно, либо не может решиться на активные действия в решении жизненных задач, и тогда еда выступает средством поддержки и успокоения, возможностью отодвинуть время принятия решения. Обратной стороной медали является то, что часть необходимой энергии для активности и свершений уходит на переваривание пищи, а излишки взятой энергии оседает в теле, образуя разрастание жировой ткани.

Кроме того, исторически сложилось, что человек с избыточным весом, при нехватке еды, являл собой образ обеспеченного, зажиточного, благосостоятельного. Это повлекло за собой появление синонимов, характеризующих полного человека как «весомый», «видный», «авторитетный», «внушительный», «важный», «большой человек», «полноценный» и т.д. И поэтому для некоторых людей полнота и по сей

день несет в себе смысл: «хочешь быть весомым в обществе – будь большим (в весе)», то есть подчеркивая и подтверждая свой социальный статус.

Лишний вес является механизмом психологической защиты, когда появляется невозможность преодоления жизненных трудностей, решения важных жизненных задач, определений. Он может выступать средством оправданий в неудачах и нереализованности в профессиональной и личной сферах, межличностных и семейных отношениях, любви, спорте и т.д., что в итоге может привести к ощущению невостребованности, чувству одиночества и бессилия, отчужденности и глубоким личностным кризисам. (Козлов В.В., 2014).

К материальным кризисам относятся и потери важных предметов и вещей материального мира (деньги, дома, автомобили, земли и т.д.). Деньги в психологическом смысле являются определением степени свободы для человека, что позволяет чувствовать покупательную способность (чем больше капитал, тем больше можно себе позволить), дает ощущение стабильности в дне сегодняшнем и дне завтрашнем и для себя и для своих потомков.

Кризис потери или дефицита денег приводит к переживанию сверхстресса, влияет на нервную систему, провоцирует психосоматические проявления (инсульт, инфаркт, ожирение, язва желудка и т.д.), служит причиной различных психологических проблем (вплоть до суицида), потери физического или психического здоровья [3].

Социальные кризисы определены разнообразием и могут представлены следующими факторами:

- Потеря интегративного статуса (работы или учебы), что приводит к дисбалансу в жизни и деятельности, изменению психического и морально-психологического состояния человека.

- Потеря или деструктивное выполнение для личности значимой социальной роли (кризис материнства, когда роль матери является одной из главных ипостасей женщины, и при отсутствии возможности реализоваться в этой роли (выкидыш, аборт, смерть ребенка, бесплодие) приводит не просто к кризису, а к жизненной катастрофе; кризис отцовства, когда нереализуется родовой сценарий «настоящий мужчина – это отец семейства»; кризисы роли жены, мужа, ребенка, которые связаны с разлукой со значимыми близкими, прекращение отношений с ними (измена, развод, длительная разлука) или смерть).

- Деформация значимых социальных связей, которые провоцируют сильные эмоциональные переживания и обозначаются личностью как крупные неудачи:

- конец значимых любовных отношений (в психологическом отношении человек получает тяжелый болезненный удар, который приводит к снижению самооценки, тревоге, самообвинительным и депрессивным состояниям);

- чрезмерное прибывание в агрессивной среде («чужая», «иная» культурная среда может стать для человека агрессивной, что может сопровождаться потерей друзей, статуса, ценностных ориентаций, что в свою очередь может привести к феномену шока: тревожность, раздражительность, снижению уверенности в себе, депрессии);

- развод;

- потеря лидерских позиций (потеря управлять группой, контролировать процессы, быть значимой личностью, что приводит к фрустрации и резкому снижению мотивационной, ценностной, структурно-деятельностной, смысловой и социальной сфер личности, вызывая апатию, скуку, депрессивные состояния, невостребованность, агрессии, вины и т.д.);

- изгнание из значимой социальной общности;

- вынужденная социальная депривация (связана с репрессированным одиночеством, подавляющими эмоциональными переживаниями, чувствами, мыслями, поступками, вызывая безволие, отчаяние, ненужность, страх и т.д.);

- длительное насильственное пребывание в несвойственной роли[3].

Кризисы духовного Эго сопровождают возрастные кризисы, определение человеком миссионного предназначения и самоидентификации, духовное самораскрытие и трансформацию. Можно выделить следующие причины возникновения духовных кризисов:

- Кризисы, связанные со структурой Эго (потеря смысла жизни, когда возникает ощущение, что человеку чего-то не хватает, но чего именно, он не осознает; нравственный кризис, который сопровождается обострением совести, новым чувством ответственности, а вместе с этим, появлением чувства вины, раскаяния, самоуничужения и самообвинения и т.д.).

- Кризисы, связанные с невозможностью реализовать основные тенденции личности (быстрый материальный рост, не соотносимый с требованиями личности; нищета, когда «не хватает на жизнь» для удовлетворения своих физических потребностей; «из грязи в князи», когда человек попадает в социальную среду, не имея готовности ей соответствовать и выполнять властные, управленческие и ролевые функции, что приводит к экзистенциальной пустоте; «я достоин большего», когда появляется огромный разрыв между притязаниями личности на социальный рост и достигнутым статусом; слишком быстрое или медленное протекание духовного развития и самораскрытия).

- Кризисы витальности (сопровождается упадком сил, который может быть вызван физическими и психологическими причинами, что приводит к понижению жизненного тонуса; с другой стороны,

гиперактивность, избыток энергии, которые неадекватны жизненным обстоятельствам).

В кризисологическом отношении, негативная дезинтеграция, как правило, сопровождается деструктивными изменениями личности, снижением общей устойчивости, уровня сбалансированности, большей фрагментарности, внутренней конфликтности, раздирающего напряжения и тенденцией к социальной аутизации личности. Личность теряет энергию, общую витальность. Уменьшается коммуникативность, личность теряет социальные связи. Негативная дезинтеграция может привести к психопатическим сдвигам, депрессии, к астении, к психосоматическим болезням, иногда к суицидным намерениям и к смерти [3].

К психосоматическим заболеваниям относят те нарушения здоровья, этиопатогенез которых - истинная соматизация переживаний, то есть соматизация без психологической защиты, когда, защищая душевное равновесие, повреждается телесное здоровье [11].

Сверхактуальное переживание фиксируется, образуя установочную доминанту, являющуюся функциональным очагом психической патологической импульсации. Свойственное больным смутное чувство физического дискомфорта обуславливает при определенных воздействиях реализацию болезненных ощущений и их фиксацию[5, 6, 8].

Очаг психической импульсации взаимодействует с соматическими системами организма и образует устойчивую функциональную систему, патологическую в своей основе, но одновременно и защитную, поскольку она является частью механизмов гомеостаза в рамках измененного болезнью существования и приспособления организма к патопластическому воздействию фиксированного переживания.

Предполагается существование так называемого преПСИХОСОМАТИЧЕСКОГО личностного радикала - тех личностных особенностей, которые приводят к заболеванию; это очаг психосоматической импульсации, фиксированное патопластическое переживание. Он формируется в детском и подростковом возрасте.

В современной психосоматике различают предрасположенность, разрешающие и задерживающие развитие болезни факторы. Предрасположенность - это врожденная (например, генетически обусловленная), а при определенных условиях и приобретенная готовность, которая выливается в форму возможного органического или невротического заболевания. Толчком к развитию такого заболевания являются трудные жизненные ситуации. Если манифестируют невротические или соматические заболевания, то они развиваются по собственным закономерностям, которые, однако, тесно связаны с факторами окружающей среды. Например, значение способствующих развитию болезни факторов при хронических заболеваниях стало известно лишь в последнее время. В любом случае для диагностики как психосоматического, так и невротического заболевания необходимо понимание ситуационного характера его происхождения. Констатация наличия психосоматических нарушений не приводит к отрицанию основного диагноза. Если сегодня говорят о психосоматическом, биопсихосоциальном заболевании, то это лишь указывает на связь “предрасположенность - личность - ситуация” [1, 8, 9].

Психосоматические заболевания проявляются тогда, когда личность не готова к реальному оцениванию событий, себя, своих возможностей, когда личность не готова к изменениям в себе, когда она использует “бегство в болезнь” от реальных проблем и трудностей. Все эти изменения происходят бессознательно, и именно бессознательно любой симптом несет

в себе “вторичную выгоду”, “разрешая” пациенту не видеть проблемы и не менять свою жизнь.

Человек, находящийся в гармоничных отношениях со своей средой, может перенести экстремальные соматические и психические нагрузки, избегнув болезни. Однако в жизни встречаются личностные проблемы, которые вызывают настолько тягостную фиксацию и душевный разлад, что в определенных жизненных ситуациях приводят к негативным эмоциям и неуверенности в себе. Именно в сложных ситуациях психосоматически отягощенные пациенты, проявляющие эмоциональную подавленность, не могут правильно оценить и описать свое состояние.

Трансформация и интеграция соматизированных нарушений возможно только при использовании особых психотерапевтических подходов и методов прикладной психологии. Следовательно, психотерапия и практическая психология занимают свое полноценное, законное место в терапии психосоматических нарушений.

Самый главный вопрос на сегодняшний день - какие психологические феномены нуждаются в коррекции?

Первый и самый глубокий феномен - это самоотношение. Но, также как функционирование психики происходит на двух уровнях, так и отношение к себе может быть осознаваемым и неосознаваемым. Осознаваемая самооценка постоянно изменяется под влиянием критики, неудач, фрустраций, деприваций и любых других воздействий Среды. Это “самооценка сегодняшнего дня”. Субъект лишь “соглашается” с оценкой своей личности, но истинная самооценка, сложившаяся в период становления личности, как ведущая ее установка, не позволяет ему принять уровень “самооценки сегодняшнего дня”, если он отличается от уровня истинной самооценки, обрекая субъекта на сложный внутренний

конфликт. Подчас из двойной самооценки вытекает двойственное отношение к себе, к людям. Может показаться, что самооценка в процессе психотерапии очень мало изменяется,- однако это не так,- неосознаваемая самооценка скорее всего представляется тем “внутренним комплексом”, который делает личность уязвимой к дезадаптирующему влиянию среды. Изменения установки происходят на неосознаваемом уровне, а результаты оценивания осознаются. В.Ядов предлагает иерархическую систему диспозиций относительно себя, а Р.Бернс рассматривает самооценку как часть “Я” - концепции, выделяя в ней три элемента установки: когнитивную составляющую - образ “Я”, эмоционально-оценочную - самооценку, поведенческую - потенциальную поведенческую реакцию [9]. Все эти составляющие, каждая по-своему, нуждаются в психокоррекции.

Разные психосоматические заболевания формируют различные изменения в структуре личности, в то же время различные по своей преморбидной структуре личности заболевают различными психосоматозами. Это легко проследить на примере ревматоидного артрита. “Ревматоидной личности” свойственны самоограничительные тенденции, конформизм, консерватизм, конкретность, ригидность мышления, нередко отсутствие фантазии, потребность в занятиях физического характера. К артриту особенно расположены люди обидчивые, недовольные, аутоагрессивные, внешне незмоциональные, тщательно скрывающие свои чувства, имеющие проблемы в общении. Появятся или не появятся те или иные изменения в соматической сфере под влиянием психологических стрессов, по мнению Ф. Бассина, в большой мере зависит от “силы Я”, регулирующей степень управляемости поведения [2]. Странники концепции “профиля личности” характеризовали “ревматоидный” тип как самоограничивающий и самоотвергающий. Н. Пезешкиан отмечает такие частые высказывания

психосоматических пациентов, как “возьми себя в руки”, “ что подумают люди?”, указывая таким образом на высокую социальную ориентацию таких людей [10]. Спектр психологических защит у таких пациентов значительно сужен,- они практически не пользуются компенсацией, а при нарастании активности воспалительного процесса чаще проявляются отрицание и рационализация. Все психосоматические пациенты имеют определенную связь между психологическими факторами и параметрами боли. Weintraub подчеркивает значимость возникающих при артрите болей для формирования депрессивно - ипохондрических черт личности. В отдельных случаях на протяжении всего заболевания отчетливо видна связь между историей жизни, психосоциальными конфликтами и обострениями симптоматики.

Проведенные Н.И. Коршуновым и соавт. исследования личности больных ревматоидным артритом показали, что у них чаще регистрировался тип поведения “В”, были выделены психологические характеристики, влияющие на эффективность лечения. Сочетание истерических и ригидных свойств затрудняло достижение терапевтического эффекта; при самозащитном разрешающем типе реагирования на фрустрацию лечебный эффект был выше, чем при препятственно - доминантном. Выраженные ипохондрические, депрессивные и агрессивные тенденции личности осложняли лечение, что во многих случаях расценивалось как проявление интрапсихического конфликта [1]. В такой конфликт часто бывают встроены у психосоматических больных сознание вины, отношение к себе, страхи и опасения, жизненные цели, отношение к будущему. “Артрит служит одновременно препятствием перед осуществлением низменных побуждений и наказанием за их проявление “,- это изречение Лекрона верно для любого психосоматического расстройства. В качестве субъекта

взаимодействия во внутриличностном конфликте может выступать сама личность. Психосоматические пациенты обнаруживают противоречия между потребностью в любви и страхом быть отвергнутыми, потребностью властвовать и страхом быть обманутыми, потребностью быть успешным и отвращением к соперничеству.

Проблемы самоотношения, самопринятия, самооценки и т.д. - одни из ведущих у психосоматических больных. К. Роджерс отмечает огромную важность принятия себя таким как есть: “Когда я принимаю все чувства как факт, как часть меня, мои взаимоотношения с другими становятся такими, какие они есть, и при этом они готовы изменяться и развиваться” [7]. Без анализа отношения к себе самооценивание невозможно. Принято считать, что самооценка - это механизм, обеспечивающий согласованность требований индивида к себе с внешними условиями. Психосоматические пациенты, соотнося свои качества и поступки с внутренним эталоном и сравнивая себя с другими людьми, очень часто испытывают горечь от осознания своих комплексов, недостатков, “неполноценности”, неуверенности, раскачивая свое внутреннее “Я” и делая его крайне нестабильным [8]. В.В. Столин предположил, что связь с динамикой эмоциональных состояний осуществляется через систему самооценок и чувство самоуважения, которые тесно связаны с теми или иными эмоциональными состояниями [10]. Снижение самоуважения приводит к негативным самооценкам, которые сопровождаются отрицательными эмоциональными состояниями, ведущими, возможно, к невротическим реакциям и психосоматическим расстройствам. Это актуализирует механизмы защиты личности, что поддерживает чувство аутосимпатии и в конечном счете стабилизирует систему самоотношения. Позитивная установка по отношению к себе, нарушенная у психосоматических пациентов, является необходимым

условием защиты от невротических реакций. Мы соглашаемся с точкой зрения тех исследователей, которые предполагают такие нарушения на неосознаваемом уровне. Те, кто испытывает к себе разнообразные негативные чувства, затрудняются не только в их анализе, но и вербализации,- их неудовлетворенность собой сочетается с алекситимией и повышает риск развития психосоматических расстройств. Те, кто использует незрелое защитоподобное поведение, в действительности имеют плохо структурированный преневротический уровень развития психики [1].

Можно сказать, что основная часть психотерапии с использованием объект-анализа, гештальт-терапии и психосинтеза, интегративных психотехнологий применительно к индивиду и к группе служит работе с “Я”- концепцией. Психотерапевтические подходы к психосоматозам на сегодняшний день настолько разнообразны, что подчас специалисту трудно ориентироваться и выбирать самый лучший или краткосрочный. Все задачи психотерапии объединены поиском интрапсихического конфликта, мотивацией пациента на лечение проблемы, а не симптома, расширение набора его психологических защит и принятие своих разнонаправленных частей личности. Психотерапевты действуют в этом направлении интуитивно, опираясь на свое “чутье” или свои профессиональные навыки. Начало психотерапии затруднено еще и потому, что психосоматические пациенты, в отличие от невротических, не осознают психогенной основы своего заболевания и никогда не приходят к психотерапевту сами, предпочитая ходить от терапевта к терапевту и ожидая терапевтического эффекта от лекарств и обследований. Кроме того, на разных стадиях психотерапии в силу своих личностных особенностей пациенты оказывают часто такое сопротивление терапевту, которое мешает продвижению вперед и нуждается в дополнительной коррекции [4, 12].

Таким образом, в современном понимании патогенеза психосоматических заболеваний признается многофакторность в объяснении их природы. Соматическое и психическое, влияние предрасположенности и среды, фактическое состояние окружающей среды и ее субъективная переработка, физиологические, психические и социальные воздействия в их совокупности и взаимодополнении, неразрешенные духовные проблемы личности - все это имеет значение в качестве взаимодействующих между собой факторов психосоматических заболеваний.

На сегодняшний день на практике в сфере психосоматики распространены три подхода:

1) Психологический (психолого-психотерапевтический). Используется для оказания помощи как при доклинических, так и клинических формах психосоматических расстройств (ПСР).

2) Клинический (клинико-психотерапевтический). Связан с оказанием помощи при клинических проявлениях психосоматических расстройств ПСР .

3) Холистический (целительский). Это подход традиционных восточных оздоровительных практик, широко используемых в том числе и для профилактики ПСР. Например, йога, цигун и другие традиционные методы духовно-телесного самосовершенствования, которые в настоящее время принято считать методами традиционной (альтернативной) медицины, каковыми они изначально и являлись. Также они, по своей сути, являются методами изначальной, донаучной эмпирической психотерапии [2, 11].

У каждого из подходов есть свои специфические технологии решения психосоматических проблем. На первый взгляд кажется, что они

являются взаимоисключающими, но при более детальном рассмотрении оказывается, что эти подходы во многом близки, а порой их рекомендации совпадают, или дополняют друг друга. Отсюда вытекает задача в рамках интегративного мультипарадигмального, междисциплинарного или трансдисциплинарного подхода проанализировать их сходство, преодолевая понятийные и терминологические сложности специфических профессиональных «языков», которыми пользуются разные подходы, а затем операционализировать в форме универсальных рабочих инструментов психокоррекции. Подобная позиция нами определена еще в 90-ые годы как интегративная психология в русле которого для удовлетворения запросов клиента, специалист выбирает из ряда теорий и моделей наилучшие или наиболее подходящие идеи и техники. В этом отношении отечественные психологи могут работать как в одной парадигме или модальности, так и совмещать несколько парадигм и подходов, используя интегративную стратегию [6, 7].

Современный психолог должен хорошо понимать и представлять многообразие теорий, концепций, моделей о любой проблемной ситуации. Умение работать внутри нескольких парадигм и умение видеть ценность альтернативных подходов к работе с кризисным состоянием личности вызван простым убеждением, что ни один вид прикладной психологии и психотерапии не являются единственно правильными. У психолога существует простор выбора вариантов работы в отношении каждого нового клиента, чтобы реализовать призыв к рефлексивной, понимающей и сопереживающей позиции к любому мнению, позиции, опыту, суждению, идее, теории и учению. Одновременно он означает изменчивость содержания, формы и способов взаимодействия с клиентом в зависимости от его личности, его интересов и мотивов, установок, а также установок и возможностей специалиста. При этом различные

методы из разных направлений психотерапии и прикладной психологии могут дополнять друг друга и быть более эффективными в их интеграции и творческом синтезе. Именно эта интеграция является основой инновации нового авторского подхода психолога и психотерапевта.

Литература

1. Александер Ф. Психосоматическая медицина: принципы и применение / Пер. с англ. А.М. Боровикова, В.В. Старовойтова под науч. ред. С.Л. Шишкина; Ред. Е.В. Косилова. – М.: Институт общегуманитарных исследований, 2009. – 336 с.

2. Козлов, В. В. Духовная психология: в поисках изначального / В. В. Козлов. – Москва : Издательство Трансперсонального Института, 2000. – 112 с. – ISBN 5-93509-001-5. – EDN YOBBDL.

3. Козлов В.В Психология кризиса. М.: Институт консультирования и системных решений, 2014 - 528 с.

4. Козлов В. В., Власов Н. А. Психология внушения и внушаемости. М.: МАПН, Институт консультирования и системных решений, 2018. — 276 с.

5. Козлов, В. Психология пандемии / В. Козлов. – Издание 2-ое, расширенное и дополненное. – Ярославль : Рекламно-производственная фирма "Титул", 2022. – 126 с. – ISBN 978-5-6044075-9-2. – EDN JMDMPY.

6. Козлов, В. В. Психология сознания: интегративный подход / В. В. Козлов. – Москва : Общество с ограниченной ответственностью "Психотерапия", 2022. – 274 с. – ISBN 978-5-6044075-6-1. – EDN XFZNPV.

7. Козлов, В. В. Методология интегративной психологии : Монография / В. В. Козлов. – Москва : Международная академия психологических наук, Рекламно-производственная фирма "Титул", 2021. – 180 с. – ISBN 978-5-6044075-3-0. – EDN XPHBWV.

8. Курпатов А. Психосоматика. М., 2007, 450с.
ISBN978-5-373-00427-5

9. Малкина-Пых И. Г. Психологическая помощь в трудных ситуациях. – Эксмо, 2010, 928с.

10. Мельник Е.В. Психосоматические заболевания: факторы риска, выявление, профилактика: учебное пособие / Е.В. Мельник. – Челябинск : Активист, 2016 – 123 с.

11. Сандомирский М. Е. Психосоматика и телесная психотерапия: Практическое руководство – М.: Независимая фирма «Класс», 2005, 592с. – (Библиотека психологии и психотерапии). ISBN 5-86375-059-6

12. Эллис А. Практика рационально-эмотивной поведенческой терапии. – Речь, 2002, 352с. ISBN: 5-7695-0902-3