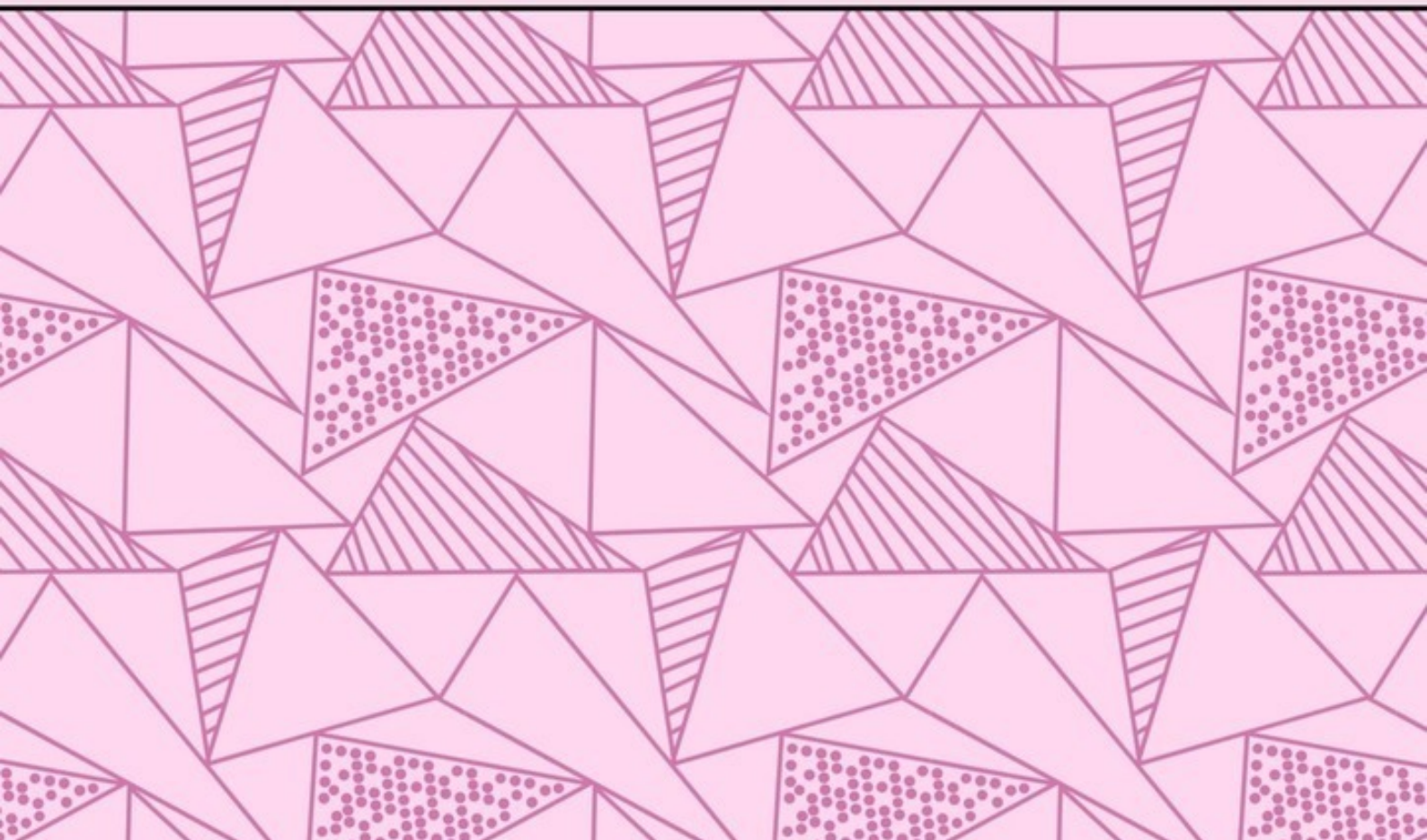


Марк Евгеньевич
Сандомирский

*Интегративная
концепция
психосоматических
расстройств*



Марк Сандомирский

**Интегративная концепция
психосоматических расстройств**

«Издательские решения»

Сандомирский М. Е.

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

ISBN 978-5-44-963100-8

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

ISBN 978-5-44-963100-8

© Сандомирский М. Е.
© Издательские решения

Содержание

Введение	6
1. Системный подход к описанию психосоматических расстройств	7
2. Ресурсно-ориентированный принцип	8
3. Этиопатогенетический соматический аспект интегративной концепции психосоматических расстройств	9
4. Психопатологический аспект интегративной концепции психосоматических расстройств	11
Социальные, экзистенциальные и психобиологические основы инфантильности	14
Таблица 1. Социокультурные искажения инстинктивно детерминированных ценностей	15
Конец ознакомительного фрагмента.	25

Интегративная концепция психосоматических расстройств

Марк Евгеньевич Сандомирский

© Марк Евгеньевич Сандомирский, 2019

ISBN 978-5-4496-3100-8

Создано в интеллектуальной издательской системе Ridero

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

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

Введение

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

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

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

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

1. Системный подход к описанию психосоматических расстройств

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

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

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

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

2. Ресурсно-ориентированный принцип

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

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

Системность использования внутренних психологических ресурсов прослеживается в различных аспектах:

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

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

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

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

3. Этиопатогенетический соматический аспект интегративной концепции психосоматических расстройств

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

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

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

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

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

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

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

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

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

4. Психопатологический аспект интегративной концепции психосоматических расстройств

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

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

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

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

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

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

Д) Конверсионные расстройства представляют собой телесные симптомы, символически отражающие внутриспсихический конфликт (вследствие регрессионной, аутосуггестивной природы их этиопатогенеза) на фоне инфантильных личностных особенностей пациента (первичные ПСР). Их значимость в клинической практике зачастую недооценивается, они могут смешиваться с истинными соматическими расстройствами (вторичные ПСР), особенно когда пациент настойчиво этого добивается:

а) будучи мотивированным вторичной выгодой болезни в ситуации искаженной социально-психологической адаптации;

б) вследствие того, что конверсионные симптомы играют защитную роль на уровне интрапсихической адаптации, отвлекая сознательное «Я» от глубинного конфликта (фрейдовская модель).

Особенно распространенными в клинической практике оказываются микроконверсионные расстройства, имитирующие проявления вторичных ПСР, не только в представлениях психологов, но и в глазах клиницистов (Сандомирский М. Е., 2011).

Е) По мнению А. Б. Смугевича (1997, 1999, 2000), психосоматические расстройства представляют собой не только соматическую патологию, развивающуюся под влиянием психогенных факторов, в особенности симптоматическую лабильность (психогенно спровоцированную манифестация или экзацербация соматического заболевания, соответствующую традиционному клинко-психологическому пониманию ПСР), или соматизацию психических нарушений (включая соматизированные депрессии, а также соматизированные психические реакции при невротических или конституциональных расстройствах – неврозах, невропатиях), но еще и психические расстройства, отражающие реакцию на соматическое заболевание (расширенное патопсихологическое понимание ПСР). В этом ряду фигурируют (Смугевич А.Б., 1997, 1999, 2000):

- патологические психогенные реакции на соматическое заболевание (реактивные состояния – нозогении, для которых соматическое заболевание выступает в качестве психотравмирующего события),

- соматопсихические акцентуации на уровне расстройств личности,

- психические расстройства, осложняющиеся соматической патологией (нервная анорексия, булимия, алкоголизм и др.),

- психические нарушения, осложняющие некоторые методы лечения (операции аортокоронарного шунтирования, гемодиализ и др.),

- психопатологические состояния, возникающие в связи с генеративным циклом у женщин (синдром «предменструального напряжения» и «предменструальное дисфорическое расстройство»; депрессии беременных и послеродовые депрессии, в числе которых синдром «грусти рожениц»; инволюционная истерия и др.),

- симптоматические, или экзогенные психозы – соматогении (делирий, аменция, галлюциноз), хотя применительно к этой нозологической группе правильнее говорить о соматопсихических расстройствах.

Иными словами, в такой психиатрической классификации мы находим психосоматические эквиваленты всех основных видов психической патологии – психосоматические реактивные состояния, неврозы, личностные расстройства, нарушения поведения и зависимости, а также психозы. В более нозологически узком варианте этот подход сформулирован И. И. Кутько, О. А. Панченко, А. Н. Линевым (2015), по мнению которых клиника ПСР включает органические расстройства и психопатологические расстройства: астенический синдром, аффективные (депрессивные) расстройства и неврозоподобные расстройства (тревожно-фобические, обсессивные, конверсионные и диссоциативные, соматоформные).

Очевидно, что психопатологический подход рассматривает ПСР как соматические нарушения на фоне душевных расстройств, анализу которых и уделяется основное внимание. Напротив, соматически центрированный подход оставляет за пределами рассмотрения те формы ПСР, в которых ведущими оказываются психопатологические синдромы. Вот почему, как отмечает Е. Г. Старостина (2004), *«больные с ПСР обращаются к врачам различных соматических специальностей и получают терапию по поводу соматических заболеваний, направленную на коррекцию физиологических функций и симптомов. Однако поскольку психопатологическая симптоматика, как правило, остается не выявленной, лечение оказывается недостаточно или совсем неэффективным.»*

И тот, и другой аспекты игнорируют донозологические формы ПСР и не уделяют достаточного внимания социально-психологическим факторам их формирования. В то же время важность социального патогенеза, постулированная современной биопсихосоциальной моделью заболеваний (Engel G., 1962, 1977, 1980), особенно высока применительно именно к ПСР, изначально рассматриваемым как следствие нарушения взаимодействия организма с социальной средой (Кришталь В. В., 2001). Как справедливо отмечает М. П. Довгаль (2007): *«Практически отсутствуют комплексные психологические и социологические исследования, направленные на изучение состояния психики человека, социального самочувствия, духовного благополучия как фактора психосоматических заболеваний.»*

Соответственно, представляется целесообразным объединить указанные подходы описания ПСР в рамках их интегративной концепции, включающей как соматические, так и психологические факторы патогенеза, с учетом влияния социальной среды.

Социальные, экзистенциальные и психобиологические основы инфантильности

Зрелость личности предполагает осознанное, индивидуальное решение экзистенциальных проблем, связанных с терминальными жизненными ценностями. Инфантильная же личность для того, чтобы с этими проблемами справиться, прибегает к неадаптивным психологическим защитам. Учитывая, что в основе экзистенциальных проблем лежат глубинные психобиологические, инстинктивные механизмы, зрелость личности предполагает сознательное отношение к потребностям, продиктованным базовым инстинктами, разумное формирование связанной с их удовлетворением мотивации. (Исходя из фрейдовского закона смещения, описывающего психобиологический алгоритм управления поведением как «эстафету»: инстинкт → потребность → мотив.)

В психотерапии описаны искажения мышления (А. Бек), выступающие механизмом формирования ментальной патологии и являющиеся следствием неадаптивной возрастной регрессии, возврата к инфантильным когнитивным стереотипам (Сандомирский М. Е., 2005). Но также можно говорить об экзистенциальных искажениях, или нарушении адаптивной утилизации инстинктивных программ поведения, проявляющихся в форме возврата к инфантильным ценностям и жизненным установкам вследствие социальной регрессии, социокультурной примитивизации, иррационализации общества (Сандомирский М. Е., 2011; Волков Е. Н., 2012).

Отчасти подобные искажения могут быть навязаны обществом. Именно так происходило на протяжении нескольких десятилетий, начиная со второй половины XX в., когда в развитых странах сформировалось общество потребления (Бодрийяр Ж., 2006) со свойственными ему мифами, затрагивающими сферу ценностей и смысловых ориентаций. Конечно, в российской реальности можно говорить преимущественно о виртуальном обществе потребления (Ильин В. И., 2005), ценности которого впрочем тождественны реальному. Отсюда и для значительной части российского общества, особенно молодежи, актуальна происходящая подмена традиционных ценностей, связанных с естественно-природным образом жизни, псевдоценностями конsumerизма. Происходящие при этом социокультурные искажения инстинктивно детерминированных ценностей, характерные для общества массового потребления, могут проявляться в полярно оппозиционных вариантах (табл. 1).

**Таблица 1. Социокультурные искажения
инстинктивно детерминированных ценностей**

Инстинкты	Следствия социокультурных искажений	
	Гипофункция	Гиперфункция
Самосохранения	Нездоровый образ жизни	Орторексия
Продолжения рода	Кризис семьи (синглтоны/ чайлдфри/ асексуалы)	«Сексуальная революция»
	Разрыв поколений	Медиачувствительность, Виртуализация отношений
Социальный	Разобщенность, атомизация	Массовизация
	Дауншифтинг	Культ успеха
Смысла / цели	Аномия, выгорание	Гиперпотребление и поиск впечатлений

Описанные процессы амплифицируются благодаря тенденции нового времени – переходу от общества потребления к обществу переживаний (Куренной В., 2012), движущей экономической силой которого служит «экономика впечатлений» (experience economy). Теперь человек меняет характер своей потребительской ориентации с внешней на внутреннюю (Schulze G., 2005), то есть на эмоции, на переживания, накопление которых связано с идеалом «счастливой жизни» (Сувалко А. С., 2013). В качестве смысла жизни для масс теперь преподносится поиск и обретение новых впечатлений, иначе говоря, развлечения и удовольствия – то, что по умолчанию составляет жизненный смысл для малолетнего ребенка!

Поиск переживаний, как известно, лежит в основе такой дезадаптивной инфантильной черты психики, как стремление жить «одним днем», не задумываясь о долгосрочных последствиях актуальных поступков. Отсюда преобладание краткосрочного гедонизма в ущерб долговременному (А. Эллис, 2002) – поиск удовольствий с немедленной реализацией («*Нет, нет, я хочу сегодня, я хочу сейчас*»).

Такая личностная черта, как повышенная стремление к поиску новых ощущений (Sensation seeking), может интерпретироваться в качестве косвенного признака незрелости личности. Она уподобляется проявлениям

синдрома дефицита внимания и гиперактивности у детей (ADHD), только лишь сохраняющегося во взрослом возрасте. (Отчасти подобное поведение можно расценивать как проявление органического инфантилизма, несформированности активирующей системы мозга и вследствие этого незрелости механизмов концентрации внимания.)

Соответственно представление потребности в новых впечатлениях и переживаниях (Experience seeking) в качестве идеологии общества, основы современного образа жизни представляет собой по сути завуалированную пропаганду инфантильного отношения к последней. И поэтому *оборотной стороной или неотъемлемым спутником общества переживаний выступает общество инфантильности. Иными словами, общество социализированной психосоматики и массовых душевных расстройств.*

1. Нарушения адаптивных стереотипов поведения, связанных с инстинктом самосохранения:

1.1. Взрослый человек не осознает ценности собственной жизни (как ребенок).

1.2. Недостаточно ответственное отношение к своему здоровью, включая:

- пренебрежение профилактическими мероприятиями, несоблюдение общеизвестных принципов здорового образа жизни либо их преувеличение (орторекия),
- некомплаентное отношение к лечению выявленных заболеваний,
- высокая значимость вторичных выгод болезни.

1.3. Формирование синдрома дефицита удовлетворенности (К. Блум).

В совокупности (1.1—1.3) выступают как факторы риска формирования:

- болезненных зависимостей,
- депрессивных расстройств (включая скрытое суицидальное поведение),
- психосоматических заболеваний (и в целом эпидемии хронических неинфекционных заболеваний).

2. Нарушения адаптивных стереотипов поведения, связанных с инстинктом продолжения рода

2.1. Сохранение зависимости от родителей по достижении зрелого возраста, нарушение сепарации (которая остается фиктивной или формальной, в лучшем случае – внешней):

- потребительское отношение к родителям даже в зрелом возрасте,
- отказ от ответственности за создание семьи и воспитание детей (субкультуры синглтонов, чайлд-фри),
- тем самым отказ от стереотипов семейной справедливости и возмещения трансгенерационного долга лояльности (в терминах I. Boszormenyi-Nagy, G.M. Spark, 1973),
- делегирование собственным родителям своей родительской роли по отношению к детям.

В результате, когда в подобной семье появляются дети, они усваивают подобный семейный сценарий (по Э. Берну, 1992). У них отсутствует ролевая модель отцовского/материнского поведения и вырастая, они ведут себя соответственно. Тем самым нарушение социального наследования навыков родительства равносильно трансгенерационной передаче инфантильности.

2.2. Перенос детско-родительских отношений на спутников жизни:

- Требование от партнеров безусловной любви, как ребенок от матери – вместо взрослых (равноправных и симметричных, партнерских) отношений. В психотерапии происходит замещение подобного паттерна взаимоотношений ребенок-родитель в формате безусловного положительного отношения терапевта к пациенту (по К. Роджерсу, 1997, 2002).

– «Детский» эгоцентризм, нарциссизм, эгоизм. Происходит своего рода эгоцентрическая *индивидуалистическая фиксация развития* (по аналогии с фрейдовскими фиксациями), следствием которой становится неспособность поддержания длительных близких отношений. Онтогенетический аспект такой фиксации связан с тем, что эгоцентризм и эгоизм в норме являются закономерными чертами личности ребенка, в значительной мере изживаемыми в процессе возрастного развития и социализации (Э. Фромм, 1995; Дж. Роллз). Индивидуалистическая фиксация развития приводит к формированию неадаптивных форм эгоизма – неразумного (когда забота человека о себе идет в ущерб интересам окружающих) или болезненного (человек недостаточно заботится о себе, ибо ожидает, что это будут делать другие).

Тем самым инфантильный эгоцентризм и поиск безусловного принятия приводят к одиночеству и оправданию его («жизнь соло» по Э. Клайнбергу, 2014). Напротив, способность к поддержанию устойчивых близких отношений, как известно, служит одним из критериев личностной зрелости/самоактуализации по А. Маслоу (2008).

Разрыв отношений происходит из-за *семейной коммуникативной некомпетентности*: неумения подстраиваться к партнеру и учитывать его интересы, высокой конфликтности и дефицита семейной толерантности. При этом детские шаблоны коммуникации, воспроизведения «объектных» отношений проявляются в форме неадаптивных стереотипов социального взаимодействия: известных берновских игр, а также переключения ролей в треугольнике Карпмана «преследователь» – «спаситель» – «жертва» (родитель №1, родитель №2 и ребенок).

3. Нарушения адаптивных стереотипов поведения, связанных с социальным инстинктом

Проявляются (как и инфантильность в целом) нарушением социализации, в двух вариантах.

3.1. Гипосоциализация:

- потребительское отношение к жизни, иждивенчество (социальный паразитизм),
- экстернализация контроля и перенос ответственности за протекание важных жизненных событий на социальное окружение,
- патернализм, конформизм.

3.2. Гиперсоциализация:

- трудоголизм и прочие формы «социального фанатизма», с исходом в профессиональное (и социальное) выгорание, дауншифтинг, эскапизм и другие виды социальной самоизоляции.

4. Нарушения адаптивных стереотипов поведения, связанных с инстинктом целеполагания и поиска смысла

4.1. Трудность самостоятельного принятия решений, полярность мнений, интеллектуальная несамостоятельность, дефицит экспертности и повышенная потребность в опоре на чужое мнение и делегировании ответственности

4.2. Отсутствие устоявшегося навыка рефлексии («зрелого Эго» по З. Фрейду, 1989, «наблюдающего Эго» по А. Фрейд, 1999).

4.3. Отсутствие явно сформулированного личного жизненного смысла, по В. Франклу (1990) нарушающее адаптивность и приводящее к ноогенной депрессии либо зависимостям.

4.4. Несформированность собственного «Я», приводящая к недостаточной психической целостности (слабо интегрированная личность). В терминах психотерапии, нарушение эго-идентичности (по О. Кернбергу) и базисное нарушение личности (по М. Балинту).

4.5. Инфантильное мировоззрение, фрагментарная «лоскутная» картина мира, сотканная из противоречий. В ней уживаются противоречивые цели, ценности и убеждения (благодаря холистическому принципу К. Гольдштейна). В результате внутренние противоречия проявляются не только на когнитивном уровне, но и аффективном, а также отражаются в поведении, диссонанс между ценностями/целями реальными и декларируемыми. В формирование таких противоречий вносят вклад инфантильно-ригидные убеждения, в частности облигатное долженствование (MUSTurbation по А. Эллису, 2002), а также нереалистичные взгляды, преобладание иллюзий, «условных ценностей» (Роджерс К., 1997, 2002).

4.6. На когнитивном уровне происходит иррационализация мышления (возврат к детской иррациональности). Отсюда иррациональная редукция представлений индивидом жизненного мира, как уклонение от сложности последнего, отказ от свободы выбора («бегство от свободы» по Э. Фромму, 1995).

4.7. В итоге индивид не осознает себя достаточно взрослым, соответственно реальному возрасту. Эта возрастная диссоциация – психологический возраст существенно меньше биологического – лежит в основе известного феномена *puer aeternum*.

Таблица 2. Онтогенетические, регрессионные и инстинктивные механизмы формирования ПСР

Уровни социального функционирования	Возраст лет	Инстинктивные механизмы	Потребности	Клинические варианты течения ПСР	Вторичная выгода ПСР
Индивидуальный	0-1	Самосохранения (реакция борьбы или бегства)	Физиологические + в безопасности	Шунтовый	Разрядка эмоций
Семейный	1-2	Продолжения рода	В любви и уважении	Истероидный	Привлечение внимания, манипулирование окружением
Социальный	2-5	Социальный	В принадлежности, статусе	Неврастенический	Соблюдение правил, самонаказание
Духовный (Смысл-жизненный)	5-7	Цели	Самоактуализации, творчестве, познавательные, эстетические	Психастенический	Интеллектуализация

Психосоматические следствия инфантильных личностных особенностей

Изучение психологических характеристик, предрасполагающих к формированию психосоматических расстройств, имеет длительную историю. С 20-х гг. прошлого века оно протекало в русле поиска личностных особенностей больных, отличающихся при различных ПСР, так называемой

психосоматической специфичности. Однако общим результатом этих исследований стала не личностно-типологическая дифференциация ПСР, а напротив, их личностная интеграция, формирование представлений об общем психосоматическом мета-нозологическом типе личности. В этой связи Б. Д. Карвасарский (2004) указывает на «*отрицание личностных структур, характерных для отдельных заболеваний. Многие авторы склонны отказаться от поиска профилей личности, заменить этот аспект исследований описанием особенностей личности психосоматического больного вообще, рассматривая в качестве базисной характеристики наличие инфантильной личностной структуры, невротической жизненной позиции, поскольку соматическое выражение эмоциональных переживаний является инфантильной формой их выражения.*»

В клиническом аспекте впервые подобные представления о ведущей роли инфантильности в патогенезе психосоматических расстройств явным образом были сформулированы J. Ruesch (1948), по мнению которого, *инфантильная личность представляет собой главную проблему психосоматической медицины*. При этом Ruesch исходил из общих характеристик инфантильной личности – таких, как специфические трудности (вплоть до неспособности)

поддержания межличностных отношений и трудности избавления от фрустрации с помощью целенаправленного поведения. Соответственно характерно привычное избавление от накапливающегося внутреннего напряжения с помощью:

А) Патологического регрессионного поведения – например, переедание или другие аддикции. Не случайно инфантильная личность совмещается с личностью зависимой.

Б) Телесного выражением эмоций (соматизации), оттогенетически более раннего по сравнению с символическим (конверсией).

Из частных личностных характеристик, свойственных для инфантильных психосоматических пациентов, Ruesch (1948) отмечает привычное подавление враждебности – ее вытеснение, превращающееся в самоагрессию, а также стремление к контролю и «доминирование через страдание» (манипуляции болезнью, состраданием или чувством вины).

Впрочем, в клинической психологии традиционно принято представление о том, что инфантильность создает предрасположенность к возникновению заболеваний. Так, В. Н. Мясищев (2004), говоря о личностных предпосылках к формированию нервно-психической и психосоматических расстройств, отмечал в первую очередь такие, как *«индивидуализм и эгоцентризм, замкнутость и скрытность, тенденциозная, эмоциональная („кататимная“) переработка впечатлений, недостаточно критическое отношение к себе и самолюбование являются не только источником психической травматизации»*. Очевидно, индивидуализм и эгоцентризм, так же как недостаточно критическое отношение к себе и самолюбование – инфантильные черты личности, естественным образом свойственные для ребенка и превращающиеся в зоны уязвимости и источник дезадаптации в зрелом возрасте. Аналогичным образом, как следствия фиксации возрастного развития в детстве можно во многих случаях рассматривать недостаточность социализации (замкнутость и скрытность) и повышенную эмоциональность, эмотивность (эмоциональная, «кататимная» переработка впечатлений).

И в целом с психотерапевтической точки зрения инфантильность принято считать базовой проблемой пациентов, которая внешне проявляется в разных формах – болезней, личностных кризисов, нарушения адаптации. Наиболее явным образом этот взгляд сформулировал Дж. Бьюдженталь (2005): *«То, что мы называем интенсивной психотерапией, на самом деле есть ускоренный процесс, направленный на то, чтобы достичь зрелости, задержавшейся на двадцать, тридцать и более лет из-за попытки жить с детским отношением к жизни»*.

Таблица 3. Представления классических методов психотерапии об этиологии и патогенезе психических и психосоматических расстройств, способах коррекции и целях терапевтического процесса

Авторы и методы	Концепции формирования расстройств	Способы коррекции и цель терапии
З. Фрейд	Онтогенетический принцип патогенеза (истоки психопатологии заложены в детском опыте) Инфантильные псевдоадаптивные механизмы психологических защит, перенос и внутренний конфликт	Зрелое Эго («там, где было бессознательное Оно, должно стать сознательное Эго») Снятие неадаптивных психологических защит Осознание переноса и экстернализация внутреннего конфликта
К.Г. Юнг	Нереализованное стремление к индивидуации вследствие конфликта с бессознательным	Индивидуация, сознательное взаимодействие с бессознательным
А. Адлер	Комплекс неполноценности как отражение детской несамостоятельности и самокритики	Зрелая позиция – компенсация комплекса неполноценности, социальное чувство

Таблица 3. Продолжение

В. Райх	Панцирь характера и мышечный панцирь как набор детских психологических защит, телесное блокирование эмоций	Высвобождение заблокированных эмоций, обеспечивающее свободное протекание «вегетативной энергии», оргастическая потенция
К. Хорни	Базовая тревога как детская реакция, неадаптивные защиты («от людей» и «против людей»)	Зрелая позиция – освобождение от неадаптивной тревоги Осознанные адаптивные защитные механизмы
О. Кернберг	Нарушение Эго-идентичности	Зрелая идентичность
М. Балинт	Базисное нарушение – детская недифференцированность и текучесть «Я»	Зрелое постоянство чувства собственного «Я»
Психология возрастного развития М. Кляйн, М. Малер, Дж. Боулби	Сепарация-индивидуация с матерью; нарушение связей с окружающими (бондинга). Инфантильные психопатологические диспозиции личности, проективная идентификация	Реконструкция адекватного возрастного развития, повторение онтогенеза: сепарация с матерью и формирование бондинга со значимыми другими
Гипнотерапия	Внушаемость как инфантильное свойство психики	Внушение как «воспитание»
НЛП: Р. Бэндлер, Дж. Гриндер, Р. Дилтс, Г. Бейтсон	Инфантильные паттерны, импринты, внутренние противоречия («двойное связывание»). Инфантильная речь (мета-модель)	Переработка неадаптивных паттернов, рефрейминг, реимпринтинг, внутренняя экология (целостность). Осознавание реальности («карта – не территория»)
Клиент-центрированная терапия, К. Роджерс	Блокированное стремление к саморазвитию (актуализации) личности, искажение опыта, преобладание условных ценностей, некритически усвоенных в процессе воспитания	Формирование полноценно функционирующей личности (взросление) благодаря аутентичному эмпатическому терапевтическому отношению: безусловное положительное отношение и конгруэнтность как имитация отношения родителя к ребенку
Поведенческая, когнитивная терапия	Неадаптивные инфантильные искажения мышления и стереотипы поведения: страхи, зависимости, депрессия (как выученная беспомощность). Недостаток адаптивных стереотипов: репертуарный дефицит поведения, жизненная незрелость	Угашение неадаптивных, «детских» стереотипов поведения и формирование адаптивных, репетиция «взрослого» поведения Критическая переработка искажений мышления (А. Бек) и установок долженствования (А. Эллис)

Таблица. Продолжение

Трансактный анализ, Э. Берн	Застывание в крайних эго-состояниях. Зависимость от неадаптивного жизненного сценария (игры, скрытые транзакции, позиция неудачника, «рэкет» и симбиоз)	Осознанность – на когнитивном уровне. Спонтанность (самостоятельность) – на поведенческом уровне. Интимность (искренность, открытость к своему подсознанию) – на эмоциональном.
Гештальт-терапия, Ф. Перлз	Незавершенные гештальты как «остатки детства», нарушение границ контакта как инфантильные защитные механизмы	Осознанность – на когнитивном уровне. Ответственность (зрелость) – на поведенческом уровне. Актуальность («здесь и сейчас») на эмоциональном.
Экзистенциально-гуманистическая	Инфантильное отсутствие адаптивной позиции по базовым (экзистенциальным) проблемам: страх смерти, одиночество, ответственность, отсутствие смысла жизни	Зрелая жизненная позиция, принятие универсальных проблем (конечных данностей): «жизнь, как она есть»; «бытие-здесь»; «мужество жить». Экзистенциальный и онтологический поворот. «Встреча» с собой и другими
Логотерапия, В. Франкл	Отсутствие жизненного смысла и гиперрациональность	Принятие персонального жизненного смысла и ценностей творчества, переживания и отношения на основе самотрансценденции
П. Куттер	«Борьба за тело»	Любовь к себе
Дж. Энгель, А. Шмале	Брошенность, отказ от веры в себя (given up)	Самодостаточность

Нетрудно видеть, что в качестве причин возникновения психологических проблем и механизмов их формирования все перечисленные классические методы психотерапии указывают инфантильность, но рассматривают ее фрагментарно, в отдельных проявлениях. Среди последних инфантильные механизмы мышления (когнитивная психотерапия) и речи (НЛП), поведения (поведенческая психотерапия), психологических защит (психоанализ), отношения к себе и окружающим (гештальт, трансактный анализ, клиент-центрированная терапия), к жизни в целом (в экзистенциальном аспекте).

Применительно к особенностям личности больных с психосоматической патологией представления классической психотерапии обобщены М. И. Вигдорчик (2006) как «неадекватное удовлетворение потребностей в персональной любви, ощущении принятия себя в кругу значимых лиц; регрессивном способе защиты от внешних воздействий, потеря доверия к миру, отторжение себя от идентификации с близким кругом лиц, социальным статусом».

Способы помощи, предлагаемые классической психотерапией, включая как решение психологических проблем, так и коррекцию ПСР, также выстраиваются в одном ряду, в направлении формирования личностной зрелости. Обретение последней происходит на основе повышения степени интегрированности личности, ее цельности, принятия ответственного и реалистичного «взрослого» отношения к жизни, как в смысле адаптивных стереотипов поведения, так и жизненных ценностей и приоритетов. Универсальной технологией коррекции, помимо переработки материала травматичного опыта, катартического отреагирования эмоций и рационального анализа убеждений, жизненных планов, целей и ценностей, служит конструирование и закрепление свойственных зрелой личности метанавыков саморегуляции, описываемых как рефлексивность, самотрансценденция, самоотстраненность, самонаблюдение.

Изначально представления о терапевтически индуцированной личностной зрелости были сформулированы З. Фрейдом (1990) в форме концепта «зрелого Эго», как ресурсного метасостояния, достигаемого клиентом в процессе длительного анализа и устойчиво воспроизводимого в повседневной жизни. Принцип его формирования – преодолеть, изжить остатки детских неадаптивных стереотипов мышления, поведения и эмоционального реагирования. В развернутом виде данное адаптивное метасостояние можно детализировать следующим образом (Сандомирский М. Е., 2007):

1. «Выйти из детства».

Обменяться с родителями ролями в смысле заботы друг о друге. Не ожидать от них тотальной заботы, а проявлять заботу о них. Эта адаптивная парентификация в зрелом возрасте (в отличие от неадаптивной парентификации детства, по И. Бозормени-Надь) подразумевает отказ от идентификации с родителями и инфантильных проекций. Иными словами, простить родителей за обиды реальные и мнимые, за то, что они были не такими, как ребенку хотелось в детстве. И отказаться во взрослом возрасте от детской зависимой и требовательной позиции по отношению к родителям.

2. «Стать родителем самому себе».

Поменяться с родителями местами в смысле заботы о себе. И относиться к себе, как любящий родитель – к ребенку, по принципу безусловного принятия. (Точнее, выстраивать конструктивные отношения взрослой части личности и детской, в двух ее ипостасях – «внутреннего Ребенка» и «внутреннего Родителя»). Иначе говоря, принять себя, «как есть» и перестать критиковать за несоответствие иллюзорному идеалу. Сформировать устойчивый позитивный образ себя, адекватную самооценку и поддерживать состояние уверенности, эмоциональное равновесие и самоутверждающее поведение. Перестать сравнивать себя с окружающими и ставить собственное отношение к себе в зависимость от их отношения.

3. «Войти во взрослую жизнь».

Принять на себя ответственность как за самостоятельное решение жизненных проблем (субъектность), так и за поддержание собственного адаптивного психоэмоционального и телесного состояния (агентность). Опирается в принятии решений на принцип реальности (З. Фрейд), принятие действительности без иллюзий, искажений и изъятий. Перестать использовать окружающих в роли внешних регуляторов собственного эмоционального состояния. От детского манипулятивного отношения к окружающим, исходящего из эгоцентрической мотивации (берновские «игры», объектные отношения) перейти к партнерским, intersubъектным отношениям, с учетом интересов партнеров.

Подытоживая перечисленные составляющие, можно выделить главную характеристику зрелого Эго – практическую компетентность в сфере эмоциональной саморегуляции (компонент эмоционального интеллекта), навык удержания состояния внутреннего равновесия в обстановке повседневной жизни. Она опирается на здоровое реалистичное отношение к жизни по принципу «как есть» – ценить то, что есть. И стремиться к лучшему на основе принципа реальности и опоры на собственные силы (агентности).

Целесообразно ввести также представление о *зрелом психосоматическом Эго*, подчеркнуть его отличие от регрессионного (обращаясь к представлению З. Фрейда (1990) о том, что в раннем онтогенезе «*Эго поначалу преимущественно телесно*»). Зрелое психосоматическое Эго в рассматриваемом контексте включает следующие элементы:

1. *Телесная агентность*. Осознанное агентное отношение к телу: превращение тела во внутреннем представлении из субъекта в объект.

2. *Телесная включенность*. Осознание corporeальности: принятие всех без изъятия соматических ощущений, а также соответствующего реальности образа тела.

3. *Телесный контроль*. Эмбодиментализация самоконтроля: превращение тела в инструмент психологической саморегуляции и сознательно-подсознательной коммуникации.

4. *Телесный комфорт*. Отсутствие актуальных проявлений психосоматических расстройств и соматизированного аффективного дискомфорта (САД).

5. *Телесная толерантность*. Способность переносить телесный физический эмоциональный дискомфорт (САД) при кратковременном выходе из зоны комфорта.

Телесная включенность, толерантность и самоконтроль составляют также *основу психосоматической жизнестойкости*, по аналогии с жизнестойкостью по S. Maddi (2002).

Таким образом, психосоматические заболевания представляются закономерным проявлением своего рода «телесной инфантильности», отражающей личностные особенности пациентов. Однако речь идет не просто об инфантильной личности. Это именно *инфантильная психосоматическая личность*, в трех измерениях:

А) индивидуально-психологическом,

Б) социально-психологическом,

В) клинико-психологическом.

В последнем аспекте она может быть отделена от инфантильной невротической личности и инфантильной психопатической личности (хотя в конкретных клинических случаях возможно и совмещение перечисленных вариантов). В аспекте же социально-психологическом необходимо учитывать, что личность, по определению В. Н. Мясищева (2004) – это система отношений. И психосоматическая личность представляет собой специфическую, психосоматическую систему отношений – то, как сложившаяся система коммуникации (включая дефицитарность последней) со значимыми фигурами микросоциального окружения:

а) отражается в собственном психическом и соматическом состоянии индивида;

б) используется им (сознательно или неосознанно) для влияния на других.

Взаимосвязь клинической и социально-психологической сторон ПСР становится наглядной при рассмотрении телесно-эмоционального состояния пациента как набора эмоциональных паттернов социальной коммуникации. По аналогии с представлением о психосоциальном балансе, как системе отношений между индивидом и его ближайшим окружением (Domino G., 1989, 1990) можно говорить о *психосоматическом психосоциальном балансе зрелость /инфантильность в разных сферах жизнедеятельности индивида*. Лежащие в его основе инфантильные психологические механизмы отношений связаны с клиническими вариантами протекания ПСР и «вторичной выгодой» болезни. Тем самым они образуют единую матрицу инфантильных патологических аффективных механизмов (табл. 4).

Конец ознакомительного фрагмента.

Текст предоставлен ООО «ЛитРес».

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

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