

Геннадий
Старшенбаум

ДЕТСКАЯ ПСИХОСОМАТИКА

Подробное руководство
по диагностике и терапии



Издательство
АСТ
Москва

СОДЕРЖАНИЕ

Общие положения	7
Принципы психосоматической терапии	19
Эндокринные расстройства 5A	30
Тиреотоксикоз 5A02	30
Сахарный диабет 5A1	32
Нарушения нейropsychического развития 6A0	41
Нарушения развития речи или языка 6A01	43
Упражнения	45
Расстройства аутистического спектра 6A02	46
Клиническая диагностика	50
Расстройство развития координации движений 6A04	71
Упражнения	76
Синдром дефицита внимания с гиперактивностью 6A05	97
Психотерапия детей с СДВГ	107
Антистрессовые упражнения для учителей, родителей и детей	114
Упражнения	115
Стереотипное двигательное расстройство 6A06	123
Кататония 6A4	127
Лечение детей с СДР и кататонией	135
Депрессивные расстройства 6A7	137
Депрессивный эпизод 6A70	137
Дистимия 6A72	142
Соматизированная депрессия	148
Возрастной аспект	151
Лечение депрессивных детей и подростков	159
Бихевиоральный подход	164
Психодинамический подход	167
Межличностная терапия	168
Семейная терапия	169
Групповая психотерапия	170
Упражнения	174

Тревожные и фобические расстройства 6В0	187
Генерализованное тревожное расстройство 6В00	188
Паническое расстройство 6В01	191
Агорафобия 6В02	196
Специфическая фобия 6В03	199
Социальное тревожное расстройство 6В04	204
Тревожное расстройство разлуки 6В05	210
Избирательный мутизм 6В06	216
Лечение тревожных детей и подростков	237
Упражнения	251
Обсессивно-компульсивные и сходные расстройства 6В2	263
Дисморфическое расстройство 6В21	263
Ипохондрия 6В23	268
Направленное на тело компульсивное расстройство 6В25	274
Психотерапия детей и подростков с ОКР	285
Расстройства, непосредственно связанные со стрессом	290
Острая стрессовая реакция QE84	290
Клиника и течение ОСР	293
Экстренная психологическая помощь	296
Посттравматическое стрессовое расстройство 6В40	298
Психотерапия детей и подростков с ПТСР	308
Основные элементы работы в ДПДГ	311
Расстройство адаптации 6В43	316
Насилие над ребенком	320
Сексуальное насилие	323
Психотерапия детей с расстройством адаптации	329
Диссоциативное неврологическое расстройство 6В60	332
Психотерапия пациентов с диссоциативными неврологическими расстройствами	337
Расстройства питания и пищевого поведения 6В8	338
Нервная анорексия 6В80	344
Лечение пациентов с нервной анорексией	357
Нервная булимия 6В81	369
Расстройство переедания 6В82	373
Отказ от пищи	382
Расстройство срыгивания и пережевывания 6В85	387
Расстройства выделения 6С0	396
Энурез 6С00	396
Энкопрез 6С01	399

Синдром телесного дистресса 6C20	403
Лечение детей и подростков с СТД	408
Компульсивное расстройство сексуального поведения 6C72 ...	410
Клинические формы	411
Психотерапия подростков с сексоголизмом	417
Парафильные расстройства 6D3	420
Психотерапия подростков с парафильными расстройствами	425
Имитируемое расстройство 6D5	427
Имитируемое расстройство, причиненное себе	429
Имитируемое расстройство, делегированное другому	431
Расстройства сна-бодрствования 07	432
Клинические формы	432
Терапия пациентов с расстройством сна	450
Сексуальные дисфункции HA	456
Гендерное несоответствие HA6	458
Психотерапия подростков с сексуальными дисфункциями	461
Двигательные расстройства 8A0	462
Клинические формы двигательных расстройств	463
Упражнения	472
Эпилепсия и судороги 8A6	483
Клинические формы	486
Противосудорожная терапия	491
Головные боли 8A8	493
Клинические формы головных болей	497
Расстройства системы кровообращения VA	500
Гипертония VA0-4	502
Гипотония VA2	507
Сердечные расстройства	511
Лечение пациентов с сердечными заболеваниями	523
Упражнения	525
Упражнения для снятия сердечных спазмов	525
Заболевания дыхательной системы SA	528
Астма SA23	530
Терапия больных с дыхательными нарушениями	533
Упражнения	537

Заболевания пищеварительной системы DA	543
Дисфункции пищевода и желудка	544
Дисфункции тонкого кишечника	550
Дисфункции толстого кишечника	555
Лечение пациентов с расстройствами пищеварения	563
Упражнения	574
Кожные расстройства EA	577
Лечение пациентов с кожными заболеваниями	582
Мышечно-суставные расстройства FA	587
Лечение пациентов с мышечно-суставными расстройствами	594
Упражнения для подростков	596
Комплекс упражнений при остеохондрозе с шейным радикулитом	597
Комплекс упражнений при остеохондрозе пояснично-крестцового отдела позвоночника	598
Утренняя гимнастика	600
Половые расстройства GA	603
Словарь терминов	610
Литература	617
Об авторе	623

ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ

К психосоматическим расстройствам (ПСР) в широком смысле слова относят многие нарушения питания и пищеварения, дыхания и кровообращения, кожные и мочеполовые заболевания, нарушения чувствительности и движений, тиреотоксикоз и сахарный диабет, а также психосексуальные расстройства.

Некоторые психические расстройства (например, тревожные и депрессивные) могут первоначально проявляться в первую очередь соматическими симптомами. Исследования детей и подростков соматического стационара показали, что в половине случаев соматические нарушения обусловлены психическими расстройствами (Великанова Л. П., Шевченко Ю. С., 2005). Соматический компонент добавляет тяжести и сложности указанным расстройствам, приводит к усилению функциональных нарушений и ослабляет эффективность традиционных методов лечения.

Отличительной чертой ПСР является не само по себе наличие соматических симптомов, а то, как пациент себе их представляет и интерпретирует. Важно, что, за исключением имитируемого расстройства, психосоматические симптомы не поддаются волевому контролю, и пациенты не осознают возможную выгоду от симптомов.

Диагностические критерии ПСР и сходных расстройств, описываемых в книге, соответствуют Международной классификации болезней МКБ-11¹, введенной в России в 2022 г., и дополнены сведениями из Диагностического справочника Американской психиатрической ассоциации DSM-5².

В настоящее время ПСР диагностируются на основании наличных признаков (соматические симптомы дистресса плюс аномальные мысли, чувства и поведение в ответ на эти симптомы) вместо устаревшего критерия отсутствия медицинского объяснения соматических симптомов. Тем не менее, необъяснимость симптомов с медицинской точки зрения остается ключевым элементом при диагностике синдрома диссоциативных неврологических симптомов, поскольку в этом случае можно убедительно доказать, что симптомы не согласуются с медицинской патофизиологией.

Развитию ПСР может способствовать биологическая предрасположенность (например, повышенная чувствительность к боли), алекситимия (неспособность осознавать свои эмоции и говорить о них), ранний травматический опыт (например, насилие и лишения), научение (например, отсутствие

¹ ICD-11 for Mortality and Morbidity Statistics (ICD-11 MMS) (Version: 05/2021). URL: <https://icd.who.int/browse11/l-m/en>.

² American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 5th ed. – Arlington, VA: American Psychiatric Association; 2013.

подкрепления несоматических выражений дистресса и получение внимания благодаря болезни). Имеют значение также культурные и социальные нормы, когда психологические переживания обесцениваются в сравнении с физическими страданиями и считаются признаком неполноценности или опасности.

При медицинском обслуживании детей в нашей стране применяется следующая периодизация: дети — лица в возрасте 0–9 лет, младшие подростки — лица в возрасте 10–14 лет, старшие подростки — лица в возрасте 15–17 лет (Приказ Минздрава Российской Федерации от 05.05.1999 № 154 «О совершенствовании медицинской помощи детям подросткового возраста»). Всемирная организация здравоохранения рекомендует странам-участницам включать в группу старших подростков лиц 15–19 лет (ВНО, 1989). При этом выделяют два периода: 1) от 10 до 15 лет — собственно пубертатный период, когда идут интенсивные процессы полового созревания, и 2) от 16 до 20 лет — период социального созревания.

У детей ПСР проявляются главным образом разнообразными психосоматическими реакциями. Они обычно непродолжительны и исчезают при ликвидации психотравмирующей ситуации. В старшем подростковом возрасте ПСР практически не отличаются от соответствующих расстройств у взрослых.

У детей еще не развита способность к рефлексии, они чаще обращают внимание на соматические признаки депрессии и тревоги. Их родители традиционно больше доверяют медицинскому подходу, чем психологическому, к тому же опасаются психиатрического диагноза. Современный биопсихосоциальный подход при постановке диагноза ПСР и проведении терапии требует учитывать взаимодействие соматических, психологических и социальных функций пациента.

Франц Александер, 2017, выделил семь классических психосоматических болезней: эссенциальная (первичная) гипертония, язвенная болезнь желудка, ревматоидный артрит, гипертиреоз, бронхиальная астма, колит и нейродермит. Для каждой болезни Ф. Александер описал соответствующий внутриспсихический конфликт.

Так, больные нейродермитом сдерживают желание физической близости. Ребенок, страдающий бронхиальной астмой, выражает страстный, но безответный порыв докричаться до матери. Гипертонией болеют люди с высоким уровнем агрессии в сочетании с чрезмерным самоконтролем, подавленный гнев приводит к изменениям в сердечно-сосудистой системе.

Больные язвой желудка переживают конфликт между потребностью быть любимым и стремлением к независимости. Под влиянием механизма оральной зависимости в желудке происходит выделение соков и возникает моторная активность, как перед приемом пищи. Функции желудочно-кишечного тракта нарушаются с помощью симпатической иннервации из-за неудовлетворенной потребности быть зависимым или получать помощь (в последнем случае активизируется парасимпатическая система). При этом больной с желудочно-кишечной симптоматикой готовит себя «к питанию вместо борьбы».

Ф. Александер описал вегетоневроз, симптомы которого являются физиологическим сопровождением определенных эмоциональных состояний. При отсутствии направленного вовне действия, сбрасывающего напряжение, функциональные расстройства переходят в необратимые изменения органов. Причиной блокады действий являются ситуации, в которых актуализируются специфические конфликты раннего детства.

Каждой эмоциональной ситуации соответствует определенный соматический синдром. Неотреагированная агрессия приводит к длительному возбуждению симпатoadреналовой системы с последующим развитием гипертонии, мигрени, артритов, гипертиреоза, диабета. Неудовлетворенное пассивное ожидание помощи, признания, сексуального удовлетворения перенапрягает парасимпатическую систему, в результате чего формируются язва желудка, язвенный колит, бронхиальная астма.

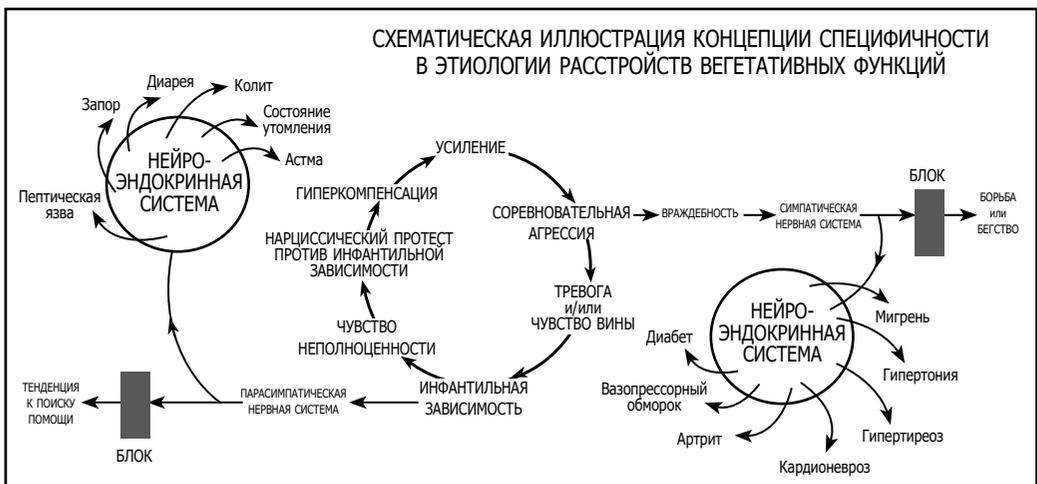
Ф. Александер выдвинул векторную теорию, основанную на общих направлениях конфликтных импульсов, заложенных в самом заболевании. Он описал три вектора:

- 1) желание объединить, получить, принять (соответствует орально-сосудистой стадии, удовлетворяющей либидинозную потребность);
- 2) желание исключить, удалить, напасть, причинить вред, разрядиться (соответствует орально-садистической стадии);
- 3) желание сохранить, накопить (соответствует анальной стадии).

Соматические функции нарушаются в результате конфликта между указанными векторами. Так, при спастическом колите у ребенка противостоят любовь и агрессия к младшему брату или сестре и одновременно желание сохранить безраздельную любовь родителей. При психосоматических болезнях конфликт вытесняется настолько глубоко, что не осознается, тогда как при неврозе он вытесняется не полностью, а при вегетативных расстройствах — минимально.

Ф. Александер представил развитие ПСР следующим образом:

1. Специфический конфликт предрасполагает человека к определенному заболеванию только тогда, когда к этому имеются генетическая, биохимическая или физиологическая предрасположенность.
2. Определенные жизненные ситуации, в отношении которых человек сенситивизирован в силу своих ключевых конфликтов, оживляют и усиливают эти конфликты.
3. Сильные эмоции сопровождают этот активированный конфликт и на основе гормональных и нервно-мышечных механизмов действуют таким образом, что возникают изменения в телесных функциях и структурах организма.



Макс Шур¹ и Александр Мичерлих² связывают ПСР с соматизацией: когда невротические защиты оказываются недостаточно эффективными, происходит возврат к инфантильному физиологическому способу аффективного реагирования. Эта идея объясняет, почему невротические симптомы отступают при формировании психосоматической симптоматики и возвращаются при «выздоровлении». Понятно становится также, почему анализ внутриличностного конфликта часто приводит к обострению психосоматической симптоматики.

Поль Сифнеос³ ввел в широкую психотерапевтическую практику понятие алекситимия (греч. а — приставка отрицания, lexis — слово, thymos — чувство, настроение). Алекситимия характеризуется следующими особенностями:

- трудности с идентификацией чувств и различием между чувствами и телесными ощущениями при эмоциональном возбуждении;
- трудности с описанием чувств другим людям;
- ограниченные процессы воображения, о чем свидетельствует скудность фантазий;
- ориентированный на внешние стимулы когнитивный стиль.

В сложных ситуациях алекситимики испытывают неопределенные и буквально неопишуемые страдания. При этом они игнорируют сигналы о соматическом неблагополучии, что внешне проявляется в стоицизме, иногда сопровождается застывшими позами и маскообразностью лица. Основным способом самовыражения являются жесты и действия, нередко импульсивные, при этом движения скованные и неуклюжие.

Алекситимия зарождается в семейной среде, в которой нет места словесному выражению чувств, переживаемых в данный момент. Мать чрезмерно опекает ребенка, постоянно успокаивает его, в связи с чем он может засыпать только при укачивании на ее руках.

Характерна гиперопека со сверхчувствительностью к стрессу членов семьи. В этих семьях существуют строгие правила взаимоотношений между родителями и детьми, запрещено эмоциональное общение (например, принято не давать ответа, не смотреть в глаза, отворачивать голову). Такая семья функционирует как жесткая система, неспособная к эффективному разрешению конфликтов, совместному поиску выхода из проблем и конструктивному совладанию с лишениями и утратами.

Болезнь ребенка становится спасательным кругом в шторме семейных проблем. Болезненные симптомы становятся условно выгодными и болезнью, и семье в целом, так как дают возможность сфокусироваться на недомоганиях ребенка и тем самым избежать внутрисемейных разборок. Тревожная мать воспринимает ребенка сквозь призму постоянной опасности его заболевания, как хрупкую вещь, которая может легко сломаться. Только болея, ребенок получает эмоциональный доступ к матери.

¹ Schur M. Zur Metapsychologie der Somatisierung // Brede K. (hrsg.) Einführung in die psychosomatische Medizin. – Frankfurt am Main: Fischer Athenäum, 1974.

² Mitscherlich A. Krankheit als Konflikt. – Frankfurt: Edition Suhrkamp, 1971.

³ Sifneos P. E. Alexithymia: past and present // Am. J. Psychiatry, 1996, 153: 137-142.

В результате сохраняется симбиотическая связь с матерью на языке тела и не развивается способность к выражению своего состояния с помощью слов. Эта позиция может затем подкрепиться в виде многолетнего наблюдения у врачей, также нередко зафиксированных на состоянии здоровья и обнаруживающих проявления алекситимии.

Алекситимик строит свою личность как больной человек, жертвуя «здоровыми» эмоциональными функциями на границе своего «Я». Взамен развиваются инструментальные функции (интеллект, память, деловые навыки), культивируемые психосоматической семьей и школой. Человек поворачивается от матери к миру вещей и дел, так как их позволено контролировать.

Среди психосоматических пациентов выделены определенные *типы поведения*.

Тип А (от греч. *arteria* — кровеносный сосуд) отличает скрытая враждебность, соперничество и нетерпеливость. Имеется склонность к сердечно-сосудистым расстройствам (Friedman M. & Rosenman R. H., 1959).

Лица типа В (от англ. *behavior* — поведение), напротив, почтительны, покорны и нерасторопны. Они подвержены желудочно-кишечным и онкологическим заболеваниям (Chesney M. A. et al., 1981; Heaven P., 1989).

Выделяют также тип С (от лат. *cancer* — рак), представители которого предрасположены к заболеванию раком. Люди этого типа услужливы, мирятся с угнетением, проявляют выученную беспомощность и подавляют негативные эмоции (Simonton O. C., Simonton S. S., 1975; Contrada R. J. et al., 1990).

Тип личности D (от англ. *distressed personality* — дистрессорная личность) сочетает в себе негативную аффективность, отгороженность и низкую самооценку. Для этого типа характерны сердечно-сосудистые заболевания, костно-мышечные боли и расстройства сна (Condén E. et al., 2013).

Пауль Федерн, 2012, и Джойс Мак-Дугалл, 2017, объясняют развитие ПСР слабостью «Я». Нечеткие границы «Я» вызывают спутанность и неопределенность в различении физической и психической сфер жизнедеятельности, поэтому психологическая угроза одновременно воспринимается психосоматиком и как физическая. Непереработанные переживания остаются за пределами границы «Я» в виде простого ощущения боли и постепенно накапливаются, приводя к психосоматическим и аффективным расстройствам, а также химической зависимости.

Определенные реакции организма могут быть соматическим выражением попытки защитить себя от архаических желаний, которые переживаются как угрожающие жизни, подобно тому как маленький ребенок мог переживать угрозу смерти. Чтобы достичь этой цели, психика в момент опасности посылает телу, как в младенчестве, примитивные сигналы тревоги, не использующие язык и не воспринимаемые человеком как эмоции. Подобные сигналы выглядят как психосоматические симптомы, имеют тенденцию к повторению, навязчивости.

Защитная функция болезни состоит в фиксации внимания на ощущениях, определяющих границы тела, что уменьшает архаический страх быть поглощенным симбиотической или быть брошенным неэмпатичной матерью. Кроме того, наличие физического заболевания защищает от экзистенциального страха смерти: «болею — значит существую».

Ян Бастиаанс, 2019, в ходе исследования психосоматических больных выделил точки фиксации в развитии агрессии, на которых может

останавливаться или к которым может регрессировать личность. Бегство от собственных побуждений и агрессивности наблюдается у маленьких детей, еще не имеющих адекватных способов разрешения первых проявлений агрессивности. Ребенок проявляет чисто деструктивное поведение, когда еще не может регулировать или сублимировать свои агрессивные импульсы.

Протестующее поведение может быть позитивным, когда оно сливается с либидинозными побуждениями, и негативным. Садомазохистское поведение отмечается, когда конкурируют две тенденции — к борьбе и к бегству. Предпочтение количественной продукции проявляется в сублимации агрессии, когда ребенок стремится превзойти соперников в результатах продуктивной деятельности.

Деструктивно-соперничающее поведение ведет к уничтожению соперников в борьбе за лидерство. Позитивно-соперничающее поведение состоит в том, что человек признает право соперника на жизнь, только если чувствует свое превосходство в какой-либо сфере. Креативное и конструктивное поведение возможно, когда творческая личность способна следовать своим потребностям, в том числе потребности отдавать себя людям, которых она перестает воспринимать как средства для усиления своей власти.

Гельмут Фрайбергер, 1999, описал ведущие психодинамические факторы психосоматических больных: депрессивность после потери объекта и нарциссической обиды, орально-агрессивные черты, агрессивная защита, ограничение способности к самонаблюдению. Он проанализировал «психосоматическую линию развития», которая под рубриками «симптом», «конфликт» и «личностные особенности» включает следующие психосоматические характеристики.

Симптом: эмоциональный обморок, депрессия истощения.

Конфликт: потеря объекта, нарциссическая травма, агрессивная защита.

Личностные особенности:

1) слабость «Я» с недостаточным самонаблюдением, нарушенным базисным доверием, плохой переносимостью фрустрации, повышенной потребностью в зависимости и минимальной способностью к научению новым эмоциональным установкам;

2) душевная пустота вследствие снижения чувственного переживания и автоматически-механических мыслительных процессов, наряду с плохой психической переработкой из-за недостаточного внутреннего соотношения с неосознаваемыми фантазиями, что компенсируется описанием телесных ощущений и ипохондрических деталей;

3) орально-нарциссическое нарушение с подчеркнутой склонностью к непроработанным переживаниям потери объекта;

4) защитное поведение с «жалобно-обвиняющими» действиями, включающими интенсивные желания зависимости от «ключевых фигур» с целью вновь завладеть разочаровавшими объектами и компенсировать обиду.

Фиксация на оральных потребностях приводит к негибким способам их удовлетворения — псевдонезависимости и манифестирующей зависимости. При псевдонезависимости трудно осознать «позорное» желание заботы и зависимости, а также успеха. Такие люди, с одной стороны, берут на себя преувеличенную, хотя и обезличенную «профессиональную ответственность» за других, а с другой стороны, в своих межличностных связях проявляют интимфобию с раздражительностью и скрытой враждебностью. Необходимость лечиться они признают лишь при официальном назначении им постельного

режима или госпитализации. Свои успехи они воспринимают как угрозу, поскольку радоваться для них означает зависеть от когда-то запретных и поэтому опасных желаний.

Манифестирующее зависимое поведение, напротив, обусловлено желанием быть окруженным заботой. При осуществлении этого желания пациенты могут быть как раболепны, так и требовательны. Сознательно они могут стараться заслужить заботу подчеркнутым вниманием к партнеру, а на самом деле неосознанно обнаруживают рентные установки и тенденцию к манипулированию.

Г. Фрайбергер ввел понятие «прегенитальное нарушение созревания», которое выражается в двух базисных конфликтах. Конфликт зависимости — независимости проявляется в сильном развитии инфантильного желания зависимости, которое интерферирует с интенсивным желанием зависимости и тем самым вызывает у пациента трудности в общении. Конфликт близости — дистанцирования отражается в сочетании инфантильной зависимости с противоположным желанием межличностного дистанцирования, в результате значимый другой одновременно сильно притягивает и отталкивает. Вокруг этих базисных конфликтов развиваются следующие психодинамические факторы:

1. Эмоциональная сдержанность, скрывающая недостаточное принятие и самопринятие, а также неосознанный страх высвобождения ранее вытесненных психотравм. Типичны следующие психологические защиты: инфантильная регрессия орально-нарциссических желаний, отвращение, подавление агрессии, перенесение реакций на другой объект, проекция, формирование реакций, медицински ориентированное самообеспечение.

2. Нарциссические обиды, кроме эмоциональной сдержанности/недостаточности, включают переживание утраты и фрустрации со снижением самооценки. Объектами утраты могут быть как значимые другие, так и здоровье, удаленные в ходе хирургической операции органы, а также материальные возможности, престиж и т. п. Утраты могут быть реальными, угрожающими, воображаемыми.

3. Фрустрационная агрессия возможна в результате переживания нарциссической обиды по поводу утраты. Агрессия направлена на значимый объект, но вследствие страха окончательно его лишиться в результате уничтожения переносится на другие объекты, в том числе на собственное тело и медицинских работников. На эрзац-объекты переносятся и другие переживания фрустрации — страх и печаль. Хрупкая личность пациента, с ее сложными эмоциональными связями и проблемами, таким образом выводится из конфликта.

4. Депрессия. Результатом описанной динамики является: а) депрессивный страх отторжения, проявляющийся в чувстве одиночества, непонятности, ненужности; б) депрессивное чувство беспомощности, сопровождающееся переживанием собственной неполноценности, упадком духа; в) депрессивное чувство безнадежности — от апатически-угрюмой покорности до взрывов отчаяния с суицидальными попытками.

Микаэл Балинт, 2019, показал различие между невротами, возникающими в рамках эдипова конфликта, и психосоматозами, обусловленными недостатком эмпатической связи в ранних отношениях с материнской фигурой. Во втором случае формируется базовый дефект, заключающийся в недостаточно устойчивом восприятии своей личности и диффузных границах «Я».

Из-за этого пациент не может установить комфортную дистанцию в межличностных отношениях.

Он испытывает постоянную потребность в эмоциональной поддержке, но опасается выразить свои чувства человеку, который ее обеспечивает. Негативные чувства пациента обращаются против него самого, вызывая психосоматические расстройства. В работе с психосоматическими больными Балинт предлагал прорабатывать излишнюю зависимость от значимых объектов и прежде всего от матери.

Джорж Энджел, 1997¹, и Генри Кристал, 2016, подчеркивают значение идентификации психосоматика с материнской фигурой. Не получив доступа к неэмпатичной матери, младенец формирует идолопоклоннический перенос, при котором все доброе приписывается только идеализированной матери, поэтому ее любовь необходимо получить любой ценой. Однако пользоваться любовью — значит нарушить материнские границы, но это вызывает у малыша соматизированный страх смерти. Своей тревожной заботой мать лишает младенца права на самоконтроль и саморегуляцию, в результате его эмоциональная сфера отчуждается от когнитивной. Выходом становится поворот от матери к собственному телу и попытки контролировать его.

Признавая генетическую предрасположенность заболевания, Дж. Энджел в то же время видит символическое обусловливание места возникновения нарушения. Возникновение болей автор расценивает как самонаказание в связи с потерей объекта. Именно реальная или символическая потеря объекта либо угроза такой потери приводит к отказу от веры в будущее, что, в свою очередь, ведет к снижению иммунитета. Особенно велика роль аутоиммунных механизмов при астме, спастическом и язвенном колите, а также раке.

Гюнтер Аммон, 2000, проанализировал отношения психосоматика с симбиотической матерью, которая воспринимает ребенка сквозь призму постоянной опасности его заболевания, как хрупкую вещь, которая может легко сломаться. Только боля, ребенок получает эмоциональный доступ к матери и строит свою Эго-идентичность как больной человек, жертвуя «здоровыми» эмоциональными функциями на границе своего Эго. Так образуются «дыры» в Эго, которые компенсируются развитием инструментальных функций (интеллект, память, деловые навыки), культивируемых психосоматической семьей и школой. «Психосоматический симптом восстанавливает интеграцию личности и конституирует идентичность психосоматического пациента».

Г. Аммон указывает на защитный характер психосоматического процесса, который помогает пациентам либо избежать сознания тяжелейших жизненных проблем, либо отгородиться от разрушительного поведения объектных фигур при помощи болезни. Вместо вопроса «Кто я?», связанного с экзистенциальной тревогой, такой человек постоянно ищет ответ на вопрос «Что со мной?». Таким образом, вопрос о собственной идентичности подменяется вопросом о симптоме.

Г. Аммон (2000) выделяет **две группы психосоматической симптоматики:**

¹ Engel G. L. From Biomedical to Biopsychosocial: Being Scientific in the Human Domain // Psychosomatics, 1997. V. 38, N 6: 521-528.

Первичные психосоматические заболевания	Вторичные психосоматические заболевания
Затронуты первичные функции «Я»: пищевое поведение, зрение, слух, речь, походка	Степень формирования символов достигает уровня архаического языка органов
Симптоматика генерализована, фиксирована и малоподвижна, выражается в целостном соматическом процессе	Симптоматика сильнее привязана к ситуации, чаще наблюдается смена симптомов

Психосоматическое расстройство у ребенка выполняет, по Г. Аммону, двойную функцию:

1. Матери дает возможность избежать внутреннего конфликта амбивалентного отношения к ребенку и предоставляет ту форму взаимодействия с ребенком, которая созвучна ее бессознательным требованиям и страхам. В роли матери больного ребенка она получает поддельную идентичность, позволяющую отграничить себя от ребенка.

2. Ребенку такое приспособление к бессознательному конфликту амбивалентности матери дает свободу для развития функций своего «Я» в других зонах.

Уильям Глассер, 1991, развил представление о вторичной выгоде от ПСР. Некоторые виды поведения, в основе которых лежат страдание, дискомфорт, негативные эмоции, болезненные состояния, являются действенными способами контроля поведения значимых окружающих взрослых, у которых можно вызвать жалость, тревогу, сочувствие и другие подобные чувства. Ребенок учится контролировать значимых окружающих с помощью плача, гнева, улыбки, обиды и других паттернов поведения.

Деструктивная роль подобных способов поведения, очевидная для окружающих, не осознается самим ребенком. Выбор болезни происходит за неимением лучшего, поскольку у него нет осознания собственных жизненных потребностей и отсутствуют представления о других более разумных и зрелых способах их удовлетворения.

Психосоматические семьи отличаются слабыми границами между поколениями, недостаточной автономностью отдельных членов семьи и вместе с тем родительской разобщенностью. Подобная семья функционирует как ригидная система, не способная к эффективному разрешению конфликтов, совместному поиску выхода из проблем и совладанию с фрустрирующими ситуациями. Болезненные симптомы становятся условно выгодны как больному, так и семье, позволяя сфокусироваться на недомоганиях идентифицированного пациента и тем самым избежать конфронтации с внутрисемейными межличностными конфликтами.

Сальвадор Минухин, 2012, описал типичные паттерны психосоматической семьи:

- Симбиотическая связь с культивированием зависимости ребенка.
- Гиперпротекция со сверхчувствительностью к дистрессу членов семьи.
- Ригидность правил и норм с нарушением адаптации к новым ситуациям.
- Конфликтофобия с накоплением скрытых семейных конфликтов.
- «Триангуляционная» (лат. triangulum — треугольник) роль ребенка, при которой его болезнь становится буфером в супружеском или семейном конфликте.