

## ПСИХОСОМАТИЧЕСКАЯ ТРАВМА КАК ПРИЧИНА ВОЗНИКНОВЕНИЯ АЛЛЕРГИИ

### PSYCHOSOMATIC TRAUMA AS A CAUSE OF ALLERGY

V. Yanchikov  
Yu. Solovyova

*Summary:* To date, studies have shown that allergic diseases are a real scourge of our time. In recent years, the number of sick patients has increased several times and is still growing [1].

Human health is one of the most important criteria for the quality of life of an individual as a whole, and therefore the creation of favorable conditions for the formation of a strong and resistant to negative external and internal (for example, such as allergies) factors of the body is one of the main tasks of society [4].

The purpose of this article is to describe the psychosomatic nature of the reasons for the emergence of allergy in a person. As a methodological basis of the work, methods of observation, analysis, synthesis, accounting, deduction, as well as diagnostic, statistical and logical methods were used.

As a result of the research, the psychological prerequisites for the emergence of allergies in humans were identified, three levels-criteria for the formation and four types of manifestation of psychosomatic trauma were considered, and the features of identifying psychosomatic trauma in children with allergies were revealed.

Since in the process of describing the psychosomatic nature of the causes of allergies, it was revealed that the study and clarification of the essence of psychosomatic traumas (both in general and in a particular person) can improve the quality and increase the effectiveness of psychocorrection of clients with allergies in general, it is natural to conclude that conducting further research on this topic.

*Keywords:* allergy, psychosomatic trauma, psychosomatics, psychocorrection of allergy, diagnostics of psychosomatics.

**Янчиков Владимир Николаевич**

клинический психолог, Институт доказательной психосоматики «ЭВИРА», г. Москва  
emoallergy@yandex.ru

**Соловьёва Юлия Олеговна**

клинический психолог, Институт доказательной психосоматики «ЭВИРА», г. Москва  
js07@mail.ru

*Аннотация:* На сегодняшний день исследования показывают, что аллергические заболевания - настоящий бич современности. За последние десятилетия количество заболевших данным недугом увеличилось в несколько раз и при этом все еще продолжает расти [1].

Здоровье человека – один из важнейших критериев качества жизни личности в целом, а потому создание благоприятных условий для формирования крепкого и устойчивого к негативным внешним и внутренним (например, таким как аллергия) факторам организма – одна из главных задач общества [4].

**Целью** настоящей статьи является описание психосоматической природы причин возникновения у человека аллергии. В качестве **методологической основы** работы были использованы методы наблюдения, анализа, синтеза, индукции, дедукции, а также диагностический, статистический и логический методы.

**В результате** проведенных исследований были выявлены психологические предпосылки возникновения у человека аллергии, рассмотрены три уровня-критерия формирования и четыре типа проявления психосоматической травмы, а также раскрыты особенности выявления психосоматических травм у детей-аллергиков.

Поскольку в процессе описания психосоматической природы причин возникновения аллергии было выявлено, что изучение и уточнение сущности психосоматических травм (как в общем, так и у конкретного человека) позволяет улучшить качество и повысить эффективность психокоррекции клиентов с аллергией в целом, закономерным является **вывод** о необходимости и целесообразности проведения специалистами дальнейших исследований по данной тематике.

*Ключевые слова:* аллергия, психосоматическая травма, психосоматика, психокоррекция аллергии, диагностика психосоматики.

**А**ктуальные статистические данные, свидетельствующие о непрекращающемся росте заболеваемости населения аллергией по всему миру, не могут не настораживать специалистов [2].

Аллергия чревата не только отрицательным влиянием на качество жизни заболевшего в целом, которое может проявляться, например, в насморке, кожном зуде, повышенном слезоотделении или отечности, но и опасными для жизни человека (в случае крайней чувствительности последнего к аллергену) реакциями, такими как отек Квинке или анафилактический шок.

Следовательно, поскольку аллергия несет прямую угрозу человеческим жизни и здоровью, особую актуальность приобретают проблемы снижения роста заболеваемости данным недугом, а также поиска эффективных методов лечения аллергии.

Однако для того, что предотвратить, а равно вылечить какое-либо заболевание у человека, необходимо сначала понять причины и условия его возникновения. В связи с этим важнейшее, на сегодняшний день, место среди актуальных вопросов аллергологии занимает именно тема причин и условий возникновения аллергии [3, с.8].

При этом, последние проведенные исследования убедительно доказывают, что большая часть аллергических реакций напрямую связана со стрессом, а значит, и с психикой человека [8]. Соответственно, закономерным и логичным является тезис о психологической, а вернее - психосоматической природе аллергии и причин ее возникновения.

Другими словами, разумным представляется утверждение о том, что аллергия является своего рода физиологическим ответом организма на определенное психоэмоциональное состояние человека. А это самое психоэмоциональное состояние – назовем его «психосоматическая травма» - в свою очередь, и является причиной возникновения аллергии [7].

Обоснованным следствием указанного утверждения становится вывод о необходимости применения психологической терапии, а именно психосоматической коррекции клиента специалистом-психологом в целях излечения от аллергии (а если точнее – в целях проработки причин проявления психосоматической реакции в форме аллергии в организме клиента, а также снижения остроты аллергических реакций вплоть до полного избавления от последних).

Необходимо также дополнительно отметить (и практически в каждом исследовании на этом делается особый акцент), что поскольку не любой стресс и не любое психоэмоциональное состояние запускают в организме человека психосоматическую реакцию (при этом не важно, в какой форме проявляется последняя - аллергия, крапивница, гастрит, нейродермит и проч.), поиск конкретной психотравмы (либо психотравм), в результате которой (либо которых) и возникла психосоматика, становится одной из главных задач психолога в рамках психосоматической коррекции [7]. Ведь именно от корректности итогов данного поиска во многом зависит выбираемая методика и конечный результат психокоррекции клиента.

А это значит, что должно быть и обязательно есть что-то, что позволяет выявить и выделить психосоматическую травму (психотравма, в результате которой возникает психосоматическая реакция) среди любых других психоэмоциональных состояний и психотравм. Иными словами, у психосоматической травмы имеются свои характерные признаки-критерии [7].

Учитывая результаты многолетних исследований [6], авторы статьи предлагают разделять данные признаки-критерии на три уровня, в процессе условного «прохождения», по которым специалист выявляет потенциальную психосоматическую травму клиента и проводит ее системную оценку.

В качестве первого уровня предлагается использо-

вать критерий наличия в психоэмоциональном состоянии клиента внутреннего конфликта по типу «хочу, но не могу» либо «не хочу, но надо». После удостоверения в соответствии состояния клиента данному признаку, специалист переходит к следующему по уровню критерию.

Второй уровень – критерий наличия у клиента состояния (состояний) бессилия, беспомощности и (или) безысходности.

Рассмотрим, что включает в себя каждое состояние подробнее.

Бессилие – состояние клиента, откалиброванное им самостоятельно и вписывающееся в словесную формулу “я сделал все что мог, но моих сил и возможностей не хватает для разрешения сложившейся ситуации”.

Беспомощность – состояние клиента, откалиброванное им самостоятельно и вписывающееся в словесную формулу “разрешить сложившуюся ситуацию я сам не могу и мое окружение не может”.

Безысходность – состояние клиента, откалиброванное им самостоятельно и вписывающееся в словесную формулу «разрешить сложившуюся ситуацию я сам не могу, мое окружение не может и у ситуации в целом нет решения».

Стоит отметить, что для формирования психосоматической травмы клиенту необязательно испытывать по нарастающей все указанные (бессилие, беспомощность, безысходность) состояния (очевидно, что каждое последующее состояние включает в себя предыдущие). Уже на стадии бессилия, ощущаемого человеком на протяжении промежутка времени в среднем от трех до четырнадцати дней, в чувствительном организме запускается психосоматическая реакция.

В практических целях на этапе проверки данного критерия в некоторых случаях необходимо также дополнительно ввести понятие состояния высокой степени неопределенности.

На физиологическом уровне для психики человека с точки зрения формирования психосоматической травмы разницы между состоянием высокой степени неопределенности и состояниями бессилия, беспомощности и безысходности нет. Однако с точки зрения психолингвистики у некоторых клиентов запускается реакция отрицания на лексическую калибровку у себя состояний бессилия, беспомощности или безысходности, при этом формулировка «состояние высокой степени неопределенности», условно означающая «не понимаю, что происходит и что делать дальше», воспринимается этими клиентами спокойно.

Следовательно, задача специалиста в данном случае заключается в том, чтобы, не ограничиваясь строгой терминологизацией того или иного состояния, выяснить содержание и эмоциональную сущность последнего, построив свою психолингвистику под личность клиента в целях корректного выявления триггерной ситуации, послужившей базой для формирования психосоматической травмы.

После удостоверения в наличии у клиента состояния (состояний) бессилия, беспомощности и (или) безысходности, специалист переходит к перепроверке последнего критерия.

Третий уровень – критерий превышения порога психоэмоциональной адаптации клиента.

Несмотря на то, что фактическое состояние – основа психосоматической реакции как таковой – формируется у клиента уже на предыдущих уровнях, реальной психосоматической травмой оно (состояние) становится только после того, как начинает превышать порог эмоциональной адаптации конкретного клиента.

При этом само превышение порога эмоциональной адаптации напрямую зависит как от силы воздействия конкретной травмирующей ситуации на человека (насколько тяжело воспринимает это событие или этот факт непосредственно данный человек), так и от времени. В течение которого длится указанная ситуация.

Упомянутое в предыдущем пункте время от трех до четырнадцати дней является примерным, усредненным. В процессе же терапии время, необходимое для превышения состоянием порога эмоциональной адаптации, определяется для каждого клиента индивидуально, в зависимости от особенностей его психики.

В случае, если все три уровня критериев были соблюдены, специалист делает вывод о наличии у клиента психосоматической травмы и приступает к психосоматической коррекции.

При этом избранная методика, скорость и результаты терапии напрямую будут зависеть от того, к какому типу относится выявленная психосоматическая травма.

В случае, если психосоматическая травма относится к первому типу, то есть является точечной (травмирующая ситуация произошла единожды, длилась относительно короткий период времени, но из-за интенсивности влияния на психику превысила порог эмоциональной адаптации), клиенту потребуются краткосрочная (около двух часов) терапия, в результате которой психосоматическая реакция (в форме, например, аллергии) будет устранена полностью.

Если выявленная специалистом психосоматическая травма принадлежит ко второму типу – точечно-кумулятивная (травмирующая ситуация происходила несколько раз (можно выявить количество), каждый из которых длилась относительно короткий промежуток времени, но из-за частоты повторяемости порог эмоциональной адаптации был превышен), это означает, что клиенту предстоит пройти несколько сеансов психокоррекции (в среднем, в общей сложности около 10-12 часов), в результате которых психосоматическая симптоматика будет устранена с 90-95% вероятностью. Необходимо также отметить, что в случае принадлежности психосоматической травмы ко второму типу, сложность диагностики и, как следствие, устранения последствий травмы (по сравнению с психокоррекцией психосоматической травмы первого типа) повышается, поскольку если специалист не проработает хотя бы один из случаев проявления травмирующей ситуации – симптоматика психосоматического заболевания останется, хотя и в меньшей степени, чем до терапии.

При отнесении специалистом выявленной психосоматической травмы к третьему типу – кумулятивно-точечная (травмирующая ситуация происходила несколько (точное количество выявить крайне затруднительно) раз, каждый из которых длилась относительно продолжительный промежуток времени, из-за частоты повторяемости порог эмоциональной адаптации был превышен), клиента следует ориентировать на курс психокоррекции средней продолжительностью от 20 до 40 часов. При этом оба – и специалист, и клиент – должны понимать, что наиболее вероятный результат терапии при психосоматической травме третьего типа – это устранение 60-65% симптомов психосоматической реакции, но не полное избавление от нее. Причина подобной статистики кроется в наличии некой неопределенности относительно точного количества психотравмирующих ситуаций, повлекших за собой возникновение психосоматики. Соответственно, основная цель специалиста в данной терапии – помочь клиенту сформировать новую стратегию реагирования на триггер (например, аллерген), запускающий психосоматическую реакцию.

Наконец, в случае выявления у клиента психосоматической травмы четвертого типа – кумулятивная (травмирующая ситуация происходит регулярно на протяжении долгого времени (точное количество раз выявить невозможно, человек как бы «живет в травме»), из-за длительности нахождения в травмирующей ситуации порог эмоциональной адаптации был превышен), специалисту необходимо помочь клиенту научиться распознавать триггерные ситуации и управлять уже сформированным паттерном поведения в них. Психосоматическая травма четвертого типа прикреплена к глубинному ядру личности и, по сути, становится частью образа жизни человека – клиент может лишь различать контексты, в рамках

которых проявляется «травмированная» модель поведения. Из-за этого практически невозможно найти точку отсчета - «нулевую» травмирующую ситуацию, которая и запустила процесс формирования психосоматической травмы. В связи с этим, результаты терапии, на которые возможно и следует ориентироваться – это своего рода «социализация травмы», по итогам которой клиент сможет управлять проявляющимися психосоматическими симптомами и сосуществовать со своей травмой, сохраняя при этом максимально возможное качество жизни. Процент эффективности психокоррекции в данном случае просчитать невозможно – все зависит от конкретного случая и мотивированности клиента изменить текущую ситуацию. Терапия в среднем занимает 60 и более часов.

Из всего вышесказанного можно сделать вывод, что в случае работы с первым и вторым типами психосоматической травмы терапия будет максимально эффективной, в ситуации же психокоррекции третьего или четвертого типа психосоматической травмы эффективность терапии значительно снижается.

Таким образом, как уже утверждалось ранее, классификация психосоматической травмы по типам имеет не только теоретическое значение с точки зрения систематизации научных знаний, но и обладает практической ценностью, а именно:

- диагностической – выявление типа психосоматической травмы составляет основу диагностики клиента на психосоматику и позволяет спланировать дальнейшее течение терапии;
- терапевтической – от типа психосоматической травмы напрямую зависят избираемые специалистом методики и техники психокоррекции. Кроме того, именно на основе результатов исследований типологии психосоматических травм была создана авторская модель Эмоционального Возникновения и Развития Аллергии (ЭВИРА), ставшая в свою очередь базой для разработки Метода эмоциональной десенсибилизации аллергий и причин их возникновения (МЭДАП) В.Н. Янчикова [6];
- прогностической – знание типа психосоматической травмы клиента позволяет специалисту заранее спрогнозировать длительность и ожидаемые результаты психокоррекции.

В связи с этим, выявление психологических причин аллергии, и дальнейшая типизация данных причин, согласно предложенной в статье системе, становятся залогом улучшения состояния клиента по итогам психосоматической коррекции.

Отдельного внимания заслуживает также вопрос о детских аллергиях и их психологических причинах.

В первую очередь, следует отметить, что в большинстве случаев причины аллергии ребенка кроются в психоэмоциональном состоянии матери. При этом степень, в которой влияет данное состояние на ребенка, напрямую зависит от возраста последнего.

Практика консультирования показывает следующие данные:

Возраст ребенка от рождения до 3 лет – 100% влияния психоэмоционального состояния матери. После проведения с ней психокоррекции психосоматика у ребенка проходит.

Возраст ребенка от 3 до 5 лет – 85-90% влияния психоэмоционального состояния матери, остальное – собственный психоэмоциональный опыт. После прохождения матерью психокоррекции симптоматика заболевания у ребенка проходит либо значительно снижается.

Возраст ребенка с 5 до 7 лет – около 60% влияния психоэмоционального состояния матери, остальное – собственный психоэмоциональный опыт. В связи с этим, основную психокоррекцию проходит мать, однако с ребенком также проводится терапия в игровой форме, в результате чего психосоматика либо исчезает полностью, либо же ее симптоматика значительно снижается.

Возраст ребенка с 7 до 12 лет - соотношение влияния психоэмоционального состояния примерно 50 на 50%, где половина - собственный психоэмоциональный опыт, а половина - психоэмоциональное состояние членов семьи (чаще всего - мать, отец). Как следствие, в зависимости от конкретной ситуации может требоваться индивидуальная терапия как для ребенка, так и для членов семьи.

Возраст ребенка с 12 до 20 лет – соотношение влияния психоэмоционального состояния 70 на 30%, где 70% - собственный психоэмоциональный опыт, а 30% - психоэмоциональное состояние членов семьи. Как следствие, в зависимости от конкретной ситуации может требоваться индивидуальная терапия как для ребенка, так и для членов семьи.

Возраст 20 лет и старше – значение имеет собственный психоэмоциональный опыт, соответственно психокоррекция аллергии проводится с самим человеком.

Логичным следствием всего вышеописанного становится вывод о том, что при проработке запроса на психокоррекцию аллергии у ребенка специалисту чаще всего приходится работать как с самим ребенком, так и с членами его семьи (преимущественно – с матерью).

Подводя итог настоящей статье, необходимо еще раз

акцентировать внимание на том, что, поскольку в большинстве случаев аллергия является психосоматическим заболеванием, огромное значение имеют поиск и выявление психотравм, в результате которых в организме запустилась психосоматическая реакция [5].

В связи с этим в процессе диагностики психосоматики специалисту следует внимательно анализировать психоэмоциональное состояние клиента на соответствие приведенным в статье критериям-признакам психосоматической травмы. Кроме того, особую важность

для дальнейшей психокоррекции представляет определение типа выявленной психосоматической травмы.

Поскольку в процессе описания психосоматической природы причин возникновения аллергии было выявлено, что изучение и уточнение сущности и типа психосоматических травм позволяет улучшить качество и повысить эффективность психокоррекции клиентов с аллергией, закономерным является вывод о необходимости и целесообразности проведения специалистами дальнейших исследований по данной тематике.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Ахметова И. Аллергия — наиболее часто встречающийся недуг, не выбирающий ни возраста, ни пола [Электронный ресурс]. URL: <https://balticmedicalcentre.co.uk/informatsiya-dlya-klientov/polezno-znat/semejnyaya-meditsina/allergiya-naibolee-chasto-vstrechayuschisya-nedug-ne-vybirayuschij-ni-vozrasta-ni-pola/> (дата обращения 11.08.2022).
2. Либерман М. Аллергическая тенденция [Электронный ресурс]. URL: <https://www.kommersant.ru/doc/3313997> (дата обращения 11.08.2022).
3. Лусс Л.В. Аллергия и псевдоаллергия в клинике // Врач. 1997. №6. С.7-9.
4. Постановление Правительства РФ от 31.03.2021 N 512 «О внесении изменений в государственную программу Российской Федерации «Развитие здравоохранения» [Электронный ресурс]. URL: [http://www.consultant.ru/document/cons\\_doc\\_LAW\\_381522/92d969e26a4326c5d02fa79b8f9cf4994ee5633b/](http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_381522/92d969e26a4326c5d02fa79b8f9cf4994ee5633b/) (дата обращения 11.08.2022).
5. Сапольски Р. Психология стресса. 3-е изд. СПб.: Питер, 2020. С. 312-320.
6. Янчиков В.Н., Янчикова С.А. Психологическая модель возникновения и развития аллергических реакций немедленного типа // Актуальные проблемы современной науки. 2006. №5 (32). С.72–79.
7. Янчиков В.Н. Психологическая травма как причина возникновения аллергии // «Вестник НЛП», 2014.
8. Mee-Ri Lee, Bu-Soon Son, Yoo-Ri Park, Hye-Mi Kim, Jong-Youn Moon, Yong-Jin Lee, Yong-Bae Kim The Relationship Between Psychosocial Stress and Allergic Disease Among Children and Adolescents in Gwangyang Bay, Korea [Электронный ресурс]. URL: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3514467/> (дата обращения 11.08.2022).

© Янчиков Владимир Николаевич (emoallergy@yandex.ru), Соловьёва Юлия Олеговна (js07@mail.ru).

Журнал «Современная наука: актуальные проблемы теории и практики»