

ПСИХОАНАЛИТИЧЕСКОЕ НАПРАВЛЕНИЕ В ПСИХОСОМАТИКЕ

Психоаналитическое направление. Хотя Фрейд в своих работах никогда не использовал термин "психосоматическая медицина" и его личный вклад ограничен концепцией конверсионных нарушений, то есть символического значения телесных изменений при конверсионной истерии (F44), сама разработка психосоматической концепции, основанной на психоаналитическом подходе, принадлежит его коллегам. Гроддек в дискуссиях с Фрейдом доказывал, что органические заболевания в конечном счете имеют психологическую природу. Он полагал, что телесное заболевание связано с Оно, с "силами, которые руководят нашей жизнью, пока мы думаем, что мы руководим ими". Ференци разработал близкую этому взгляду концепцию "символического языка органов" и использовал психоанализ как средство понимания болезни и метод ее лечения. Соматическая болезнь в его интерпретации - это трансформация нереализованной сексуальной энергии в нарушение функций вегетативных систем по механизму истерической конверсии в соответствии с фантастической эротической символикой. Дойч разработал концепцию органичных неврозов (F45.3), в которой важное значение придает слабости органа, обусловленной предшествующим болезненным процессом. Эта концепция близка к идее Адлера о миелодисплазии, или неполноценности органа как выражении его конституциональной слабости. Один из пионеров психосоматического движения в США Джеллиффе не видел границ между неврологией, психиатрией и психоанализом. В "Очерках психосоматической медицины" он определил свои взгляды как "психосоматический монизм".

В 1931 г. Витковер опубликовал книгу "Воздействие эмоций на соматические функции". Истерические конверсионные симптомы он исключил из группы психосоматических расстройств, "органные" же неврозы и собственно психосоматические болезни рассматривал как синонимы. Другие психоаналитики вообще не делают принципиальных различий между всеми тремя группами психосоматических расстройств - конверсионными истерическими явлениями, органичными неврозами и психосоматическими заболеваниями в узком смысле слова. Важным критерием для понимания их природы является вид вытеснения. У больных первой группы жизненный конфликт разрешается путем сравнительно легкого вытеснения, во второй группе следует говорить о подавлении жизненного конфликта со сравнительно более сильным вытеснением, в третьей группе речь идет о судорожной попытке справиться с конфликтом, овладеть им путем гораздо более глубокого вытеснения, даже двойного вытеснения.

В 1935 г. вышла книга Данбар с близким названием - "Эмоции и соматические изменения", в которой она стремилась показать связь между определенными личностными особенностями и характером телесного заболевания. С 1939 г. под ее редакцией стал издаваться журнал "Психосоматическая медицина". Данбар обобщила 20-летний опыт работы психиатра в больнице общего профиля в книге "Психосоматический диагноз", в которой закончила разработку концепции "профиля личности", считая, что эмоциональные реакции являются производными от личности больного, и это позволяет предполагать развитие определенных соматических заболеваний в зависимости от профиля личности. Ею выделены коронарный, гипертонический, аллергический и склонный к повреждениям типы личности. Данбар так выразила свое отношение к психосоматическому подходу: "Некоторые думают, что психосоматическая медицина как специальность имеет дело лишь с известной группой болезней, как, например, дерматология или офтальмология. Но фактически прилагательное "психосоматический" указывает на концептуальный подход к человеческому организму со всеми его болезнями. Быть может, эта точка зрения более существенна для оценки одних заболеваний, нежели других, но, вообще говоря, не должно быть прежней дихотомии "психики" и "соматики".

Психосоматический подход - стереоскопический, он содержит в себе и физиологическую, и психологическую технику. Он может быть применим ко всем болезням".

С начала 40-х гг. вышел ряд книг под одним названием - "Психосоматическая медицина". Холлидей сделал попытку очертить границу психосоматических синдромов и их взаимосвязи. Он считал, что психосоматическими заболеваниями следует обозначать лишь такие, природа которых может быть понята только тогда, когда установлено несомненное влияние эмоционального фактора на физическое состояние. Он относил к ним нейродермит (L20.8), люмбаго (M54.5), мигрень (G43), хорею (I02), пептическую язву (K25), колиты (K51), гипертонию (I10), бронхиальную астму (F54), дисменорею (N94.4), экзему (L23), псориаз (L40), нейроциркуляторную астению (F45.3).

Необходимость синтетического подхода к больному сформулировал А. Майер, глава американской психиатрии в 40-50-х гг.: "Настоящий период в развитии психиатрических знаний характеризуется выдвиганием на первый план человеческой личности, на ней сосредоточена вся медицинская мысль современности".

Наиболее заметной фигурой в психоаналитической трактовке психосоматической проблемы является Александер. Он приехал в США из Германии сложившимся психоаналитиком, в 1939 г. основал Чикагский психоаналитический институт, где положил начало первым систематическим исследованиям психосоматических взаимоотношений в психоаналитическом аспекте. Он изучал роль психических факторов в этиопатогенезе желудочно-кишечных, дыхательных, а потом и сердечно-сосудистых расстройств. В 1934 г. Александер сформулировал принципы, которые легли в основу концепции специфичности.

1. Психические факторы, вызывающие соматические расстройства, имеют специфическую природу и включают определенное эмоциональное отношение пациента к окружению или к собственной личности. Правильное знание этих причинных факторов может быть приобретено в ходе психоаналитического лечения.

2. Сознательные психологические процессы пациента играют подчиненную роль в причинах соматических симптомов, пока такие сознательные эмоции и тенденции могут быть свободно выражены. Подавление эмоций и потребностей вызывает хроническую дисфункцию внутренних органов.

3. Актуальные жизненные ситуации пациента обычно оказывают только ускоряющее воздействие на расстройства. Понимание причинных психологических факторов может основываться лишь на знании развития личности пациента, так как только оно может объяснить реакцию на острую травмирующую ситуацию.

В отличие от Данбар, Александер подчеркивал значение психодинамического конфликта как более важного в природе психосоматического расстройства, чем личностный профиль. По Александеру, 3 фактора: унаследованная или рано приобретенная органная или системная недостаточность, психологические паттерны конфликта и формируемая в раннем детстве защита, актуальные жизненные ситуации - важны в этиологии психосоматических расстройств.

Чикагский психоаналитический институт под руководством Александера, используя психоанализ как терапевтический подход, проводил разнообразные исследования дыхательной системы (бронхиальная астма (F54), сенная лихорадка (J30.1)), сердечно-сосудистой системы (гипертензия (I10), мигрень (G43)), эндокринно-метаболических расстройств (диабет (E10), гипогликемия (E16.2)), кожных болезней (экзема (L23), нейродермит (L20.8) и др.), заболеваний суставов и скелетной мускулатуры (ревматоидный артрит (M05)). Было установлено, что при ряде заболеваний сердечно-сосудистой, желудочно-кишечной, эндокринной, мышечной и кожной систем физиологические ответы на различные эмоциональные напряжения были индивидуально постоянны и различны у каждой группы заболеваний. Кроме того, вегетативные дисфункции, возникающие при внутреннем эмоциональном конфликте, коррелировали со специфическими физиологическими ответами. В своей книге "Психосоматическая

медицина" Александер определял специфичность как "физиологические ответы на эмоциональные стимулы, нормальные или болезненные, которые разнятся природой эмоционального состояния. Эти вегетативные ответы на различные эмоциональные стимулы отличаются качеством эмоций". К моменту выхода этой книги Александера было выделено 6 специфических психосоматических заболеваний: язва двенадцатиперстной кишки (K26), ревматоидный артрит, язвенный колит (K25), бронхиальная астма, нейродермит (L20.8) и гипертензия (I10). Исследование тиреотоксикоза (E05) в дальнейшем завершилось присоединением седьмого заболевания к "Проекту психосоматической специфичности". В работе Александера, Френча и Поллока утверждается: "В целом наш длительный статистический анализ указывает, что могут быть совершенно достоверны различия между семью специфическими заболеваниями на основе психологических образцов, связанных с каждым из них". За год до смерти Александер писал: "Я полагаю, что в некоторых случаях психологические факторы могут быть этиологически более важны, в других - менее. Моя точка зрения состояла только в том, что они заметно присутствуют в специфических расстройствах при семи заболеваниях, сущность которых была нами исследована". Практическая ценность исследований Александера заключается в том, что если специфические психологические особенности характерны для определенных заболеваний, то это даст возможность ранней диагностики соматического поражения по психологическим характеристикам пациента. Дальнейшие исследования Поллока показали, что пациенты с характерными психодинамическими констелляциями и уязвимостью соматической системы или органа обладают высоким риском развития специфического соматического заболевания. Продолжаются поиски корреляций между специфическим эмоциональным конфликтом и соматическим заболеванием. Сохраняется также тенденция рассматривать психосоматическую болезнь как выражение заболевания структуры "Я". Если в ходе жизни чувство "Я" и чувство реальности человека не получают полного развития, ему приходится переадаптироваться к требованиям внешнего мира или к состоянию отгороженности от многих сфер жизни. Индивидуум с психосоматическим заболеванием реагирует на трудности в социальной, профессиональной, личной ситуации бегством в ложную идентичность. Таким образом он стремится уйти от реального, актуального вопроса "кто я?", заменяя его симптомо-ориентированным вопросом "что со мной, чем я страдаю?". Другими словами, вопрос о его собственной идентичности заменяется вопросом о симптоме, который представляет интернализированный образ матери раннего детства, поскольку она была способна реагировать по-матерински только тогда, когда ребенок был болен.

Наряду с исследованиями Чикагского психоаналитического института, завершившимися выделением группы специфических психосоматических заболеваний, существует и другая точка зрения, согласно которой психосоматическая медицина рассматривается как личностно-ориентированный подход ко всем заболеваниям. В книге "Психосоматическая медицина" Вейс, Инглиш писали: "Близок день, когда окончательно исчезнут в диагностике выражения "или - или" - функциональное или органическое, - а на смену им придут "как много того и как много другого", эмоционального и соматического. Такова истинная психосоматическая концепция в медицине".