

ПСИХОСОМАТИКА: МИФ ИЛИ РЕАЛЬНОСТЬ?

ПСИХОСОМАТИКА: МІФ ЧИ РЕАЛЬНІСТЬ?

Проф. Л. М. ЩЕГЛОВ

Институт психологии и сексологии, Санкт-Петербург, Российская Федерация

Раскрываются и анализируются основные методологические подходы к проблеме психосоматики как многофакторного расстройства, включающего социальные, психологические и биологические механизмы. Излагаются некоторые оригинальные взгляды автора. Описываются психосоматические особенности личности, способствующие возникновению заболевания.

Ключевые слова: психосоматические расстройства, особенности личности.

Розкриваються та аналізуються основні методологічні підходи до проблеми психосоматики як багатофакторного розладу, що містить соціальні, психологічні і біологічні механізми. Викладено деякі оригінальні погляди автора. Описано психосоматичні особливості особистості, що призводять до виникнення хвороби.

Ключові слова: психосоматичні розлади, особливості особистості.

Взаимосвязь «духа» и «тела» интересовала мыслителей со времен Аристотеля и Гиппократов, чье формально логическое положение «в здоровом теле — здоровый дух» стало трюизмом.

Авиценна утверждал, что существует шесть степеней здоровья и болезни тела: тело, здоровое до предела; тело здоровое, но не до предела; тело не здоровое, но и не болезненное; тело, болезненное легким недугом; тело, болезненное до предела. Фактически это описание различных уровней адаптивности, большую часть которых можно охарактеризовать как состояние «ни здоровья, ни болезни». Исследования этой проблемы привели к возникновению в XX в. новых понятий: «предболезнь», адаптационный синдром, дезадаптация.

Зарождение научных психосоматических представлений связывается с известной работой Зигмунда Фрейда, в которой он описывает один клинический случай. Анализируя ситуацию возникновения функционального паралича у пациентки Анны О., Фрейд приходит к открытию механизма конверсии, под которым понимается переключение неразрешенной психологической проблемы личности в соматический симптом (синдром) организма. Хотя сам Фрейд ни в одной из своих работ не использовал терминов «психосоматика» или «психосоматическая медицина», в дальнейшем, благодаря работам его учеников, последователей и реформаторов его учения, эти понятия получили широчайшее распространение.

В понимании З. Фрейда благодаря механизму конверсии неприятное или непереносимое для человека переживание становится менее травма-

тичным за счет того, что его «сумма возбуждения» переключается в соматическую сферу. В этом случае соматический симптом связывает психическую энергию и оставляет непереносимое представление неосознанным, что вторично приводит к усилению либидозного замещения и, таким образом, имеет характер как удовлетворения, так и наказания. Конверсионная модель заболеваний, пройдя сквозь горнило критического переосмысления и экспериментально-клинические перепроверки, оказалась отнюдь не универсальным психосоматическим механизмом, но неоспоримой моделью соматических и неврологических расстройств у больных с истерической акцентуацией. Некоторые исследователи творчества З. Фрейда в целях сохранения универсальности модели конверсии пытались связать ее с генитально-сексуальным конфликтом. Предложенное понятие «прегенитальной конверсии» распространяло область сексуального конфликта также на нарушение ранних, инфантильных потребностей, связанных с глубинным желанием тепла, защиты, заботы и т. п.

В настоящее время большинство исследователей психосоматических взаимосвязей согласны с тем, что понятие конверсии как принципа разъяснения применимо лишь к определенной группе символически детерминированных симптомокомплексов (истерического происхождения), в то время как для большинства психосоматических расстройств оно неприменимо.

Георг Гроддек в своих работах «Книга об Оно», «Мир человека» и «Неизвестная Самость» выдвинул несколько диковинную теорию

«ответственности за заболевания», прославившись вопросом, задаваемым человеку с переломом берцовой кости: «Зачем Вы это сделали?» Индивид, согласно этой теории, не живет своей собственной жизнью и имеет мало общего со своей индивидуальной судьбой. Фактически проживается «Оно», которое, по-видимому, мыслится автором как соединение фрейдовского «Ид» с юнговским коллективным бессознательным. Именно «Оно» решает, когда будет рожден индивид, какова будет его жизнь, какое заболевание ему предуготовано, а также когда ему предстоит умереть. Каждое заболевание человека, сколь случайным оно бы ни казалось, выражает вездесущее и всемогущее «Оно». Следующее высказывание из книги «Неизвестная Самость» иллюстрирует методологический принцип Г. Гроддека: психоанализ обращается к самому пациенту, к его психике, к его сознательному разуму и еще в большей мере — к его бессознательному с вопросом: «Почему Вы инфицировали себя? Что заставило Вас подтолкнуть некоторые микроорганизмы вокруг и внутри Вас размножиться до такой степени, что Вы смогли воспользоваться ими с тем, чтобы сделать себя больным?»

В теории Г. Гроддека, кроме поставленных в общем философском плане вопросов, не предусматривалось сколько-нибудь приемлемое объяснение того, что на самом деле происходило с человеком. Понятие «Оно» теряло все, даже условные границы, действия его были малопонятны.

В рамках психоаналитического движения в 20–30-х годах XX ст. появляется теория *символического языка органов*, основы которой были заложены А. Адлером. Суть теории заключается в понятии «голоса органа» как соматическом выражении бессознательных проблем человека. Болезнь проявляется как символическое проявление неразрешенной специфической для данного человека личностной бессознательной проблемы. При этом связи симптомов и проблем в рамках данной теории описываются весьма упрощенно, например, феномен рвоты трактуется как символ неприемлемости для данного человека конкретной психологической ситуации, нарушение пищеварения символизирует невозможность для личности преодолеть (т. е. переварить) определенную жизненную ситуацию и т. п.

Франц Александер, длительное время возглавлявший Психосоматический институт в Чикаго, разработал *дифференциальную психосоматическую программу*, в основном изложенную в книге «Психосоматическая медицина». Являясь изначально психоаналитиком, он расходится с ортодоксальной теорией в ряде положений. Описанные 3. Фрейдом стадии инфантильной сексуальности

Ф. Александер замечает теорией трех элементарных тенденций, которые он определяет как получать или брать, сохранять или уничтожать и отдавать или захватывать. Автор этой теории убежден в том, что сексуальность качественно не отличается от других форм поведения и отличие это скорее количественное. Он утверждает, что избыточная энергия, оставшаяся от других форм деятельности, высвобождается в эротическом поведении. По Ф. Александеру, любой мощный прилив эмоций, не получив целенаправленной разрядки в соответствующих поведенческих реакциях, может становиться эротическим, например, враждебные чувства могут трансформироваться в сексуальный садизм, чувство вины — в мазохизм, любопытство — в визионизм и т. п. Все несексуальные эмоции имеют в своей структуре сексуальные эквиваленты: не их качество, но степень вовлеченного напряжения и способ высвобождения делают их сексуальными. Ф. Александер сравнивает жизнь организма с жизнью нации или человеческого сообщества, в которой есть два экстремальных состояния: война и мир. Мир для организма это состояние отдыха, стабильности и расслабленности, война предполагает ситуацию, при которой организм вынужден иметь дело с непредвиденными обстоятельствами, приспособляться к ним.

Готовность к экстремальной ситуации обеспечивает симпатический отдел автономной (или периферической) нервной системы. Стимуляция симпатической нервной системы готовит организм, в терминах теории стресса, к реакции борьбы либо бегства, что проявляется на уровне соматических реакций такими телесными проявлениями, как учащение сердечных сокращений (тахикардия), расширение зрачков, повышение уровня сахара в крови. Кроме того, надпочечники начинают в этой ситуации выбрасывать дополнительное количество адреналина.

Стимуляция второго (парасимпатического) отдела автономной нервной системы обеспечивает организму ситуацию покоя, отдыха, когда сердечные сокращения урежаются, зрачки несколько сужаются, мышечный корсет расслабляется, уровень сахара снижается и т. д. Таким образом, симпатическая активность подобна процессу сжигания, распада (катаболический механизм), а парасимпатическая — процессу накопления (анаболический механизм). Эти два фундаментальных механизма обеспечивают всему живому готовность к действию или расслаблению.

Но здесь уместно вспомнить о существенных отличиях homo sapiens от других живых существ.

1. У животных в эти реакции включаются сугубо ситуации реальной необходимости, т. е. живот-

ное живет в вечном настоящем, тогда как человек включает воспоминания о прошлом либо, пытаясь предвидеть, предвосхитить будущее, получает цепочку этих реакций вне связи с конкретной ситуацией. Например, временное повышение артериального давления у животного перед схваткой, что его максимально мобилизует, у человека имеет аналогом неоправданное ничем, кроме психического стресса, патологически постоянно повышенное артериальное давление, т. е. гипертоническую болезнь.

2. У человека, в отличие от животных, в качестве экстремальных действуют не только ситуации угрозы жизни и здоровью, но и сюжеты угрозы чувству самоуважения, достоинства, гордости и т. п. Например, у студента перед экзаменом, у актера перед выходом на сцену, у невротика перед своей проблемой могут наблюдаться те соматические проявления, которые биологически предназначены для ситуаций жизнь — смерть.

Кроме вышесказанного, развитие человеческой культуры и правил поведения привело к тому, что характерной чертой современного человека (а невротика — тем более) является склонность подавлять или сдерживать эти эмоции, в результате чего описанные выше физиологические изменения могут превращаться из временных экстремальных реакций в постоянные, привычные и закрепленные. Такова вкратце физиологическая основа психосоматических соотношений и расстройств.

Дифференциальная программа Ф. Александера предполагает три основных типа психосоматических соотношений: истерические конверсии; вегетативные неврозы; собственно психосоматические заболевания.

Для понимания механизма возникновения болезни Ф. Александер предлагал оценивать тип вытеснения личностного конфликта, что и определяет указанную дифференциацию.

При истерических конверсиях конфликт вытесняется в среду бессознательного достаточно поверхностно, эмоции могут частично и символически разряжаться. Симптоматика в этом случае представлена расстройствами в зонах произвольной иннервации, что объясняет возникновение невротических (без органических причин) параличей, гиперкинезов, нарушений функций анализаторов (зрения, слуха, вкуса, осязания, обоняния).

При вегетативных неврозах личностный конфликт вытесняется существенно глубже, в связи с чем разрядка напряжения на уровне произвольной иннервации затруднена. Здесь проявления травмирующего напряжения выражаются симптоматикой вегетативных нарушений, что говорит о нарушении функций органов и систем.

При собственно психосоматических заболеваниях конфликт вытесняется в сферу бессознательного еще глубже. При этом эмоциональный накал и мощное напряжение не находят никакой разрядки, излишнее напряжение «изнутри» перенапрягает вегетативную нервную систему, болезненные проявления постепенно становятся привычными, и формируется психосоматическое заболевание.

Ф. Александер обращал внимание на существование двух крайних типов реагирования на стресс: склонность в ситуации опасности всегда отвечать действием (т. е. симпатическое реагирование) и уклонение от действия в сходных условиях (т. е. парасимпатическое реагирование), этот вариант носит название «вегетативного отступления». В первом случае в современной культуре подавляются и блокируются агрессивные импульсы разрядки и, по Ф. Александеру, могут развиваться такие психосоматические заболевания, как гипертоническая болезнь, диабет, ревматоидный артрит и гипертиреоз. Второй вариант, связанный с парасимпатической стимуляцией, диктует индивиду уклонение от любого вида опасности, переход в зависимое состояние с функционированием органов и систем всегда в режиме «мирного времени», в то время как им следовало бы мобилизоваться. Такие люди не умеют противостоять опасности, склонны к панике, ожидают помощи извне. Длительная, ставшая привычной парасимпатическая стимуляция приводит ко многим желудочно-кишечным расстройствам, спазмам и запорам.

Даже для Ф. Александера важно было определить связь типа личности с типом психосоматического реагирования. Он объяснял специфичность психосоматического заболевания следующим образом. У каждого человека имеют место две по сути антагонистические тенденции: 1) стремление к защищенности, детской зависимости, безответственности, уходу от решений и проблем; 2) стремление к независимости, самостоятельности, диктату, власти, проявлению агрессии.

Первая тенденция характерна для каждого в силу того, что каждый из нас был ребенком, и специфика детского восприятия мира, которая как раз и состоит в стремлении к защищенности, опеке и т. п., навсегда запечатлевается в личности. Вторая тенденция также характерна для всех, так как после детства и отрочества все стали взрослыми, т. е. в той или иной степени реализовали ролевые позиции взрослого (независимость, самостоятельность, стремление к диктату и т. п.). А далее необходим анализ сложившегося жизненного пути конкретного человека. Жизнь может сложиться так, что нет ни одной сферы деятельности, где он мог бы реализовать стремления

первой тенденции, и тогда эти стремления блокируются. Это, с одной стороны, приводит к гипертрофии элементов второй тенденции (человек, не получивший ни в чем защиты, сочувствия и т. п., становится подчеркнуто независимым, агрессивным, властным), с другой — повышает активность холинэргических структур, что, в свою очередь, влечет за собой такие заболевания, как бронхиальная астма, язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки, язвенный колит. Если же ситуация складывается так, что человек ни в чем не может реализовать стремление второй тенденции, то гипертрофируются составляющие первой тенденции, и нереализованные, заблокированные агрессивные тенденции личности активируют симпатическую нервную систему и способствуют развитию таких заболеваний, как артрит, диабет, мигрень, гипертиреоз, гипертоническая болезнь, ишемическая болезнь сердца.

В конце 40-х годов XX ст. Ф. Данбар, проработавшая более тридцати лет психиатром в соматических клиниках США, предложила *теорию профилей личности*. В основу ее были положены представления о том, что определенные личностные свойства и качества человека соответствуют тому или иному профилю соматического заболевания. Ф. Данбар была убеждена в том, что определенные личностные свойства являются базой для строго определенной соматической патологии, особенно для некоторых ее видов. Так, был описан «желудочно-язвенный» тип личности, который внешне выглядит как агрессивный, амбициозный, властный, волевой и упорный, в то время как глубинный анализ показывает, что под этим скрываются зависимые и пассивные черты. «Коронарный» тип личности внешне характеризуется дружелюбием, общительностью и сдержанностью, но эти черты прикрывают реактивные образования, под которым бурлят агрессивные, властные импульсы. При склонности к повышенной ответственности в сочетании с определенной профессией (по Ф. Александеру, это управленцы, педагоги, бизнесмены, медики, юристы) резко возрастает вероятность смерти от сердечно-сосудистого заболевания.

Несмотря на то, что конкретная классификация основных конфигураций личности, предложенная Ф. Данбар, не была полностью принята большинством психосоматиков, сам принцип определенной связи личностных характеристик и соматической нозологии признается сегодня повсеместно.

В 50-х годах XX ст. М. Шур предложил *теорию десоматизации и ресоматизации*. В традициях психоанализа он описал психосоматическое симптомообразование как топическую и временную регрессию, причем соматические заболевания

рассматривались им в рамках модели развития физической и психической деятельности. Самые ранние детские реакции удовольствия и неудовольствия понимаются автором данной теории как диффузные защитные феномены, которые проявляются в некоординированной мышечной деятельности. Ребенок отвечает на ситуацию страха, неприятия чего-либо, дискомфорта общим моторным протестом, «двигательной бурей». В процессе развития физической и психической деятельности боль, страх и другие отрицательные эмоции в переживаниях осознаются и перерабатываются в ощущениях, представлениях, мыслях и речевых конструкциях. Вместо диффузного реагирования возникает дифференцированная, соответствующая реальности переработка.

М. Шур описывает преодоление диффузных соматических феноменов реагирования как процесс развития, называемый десоматизацией. С этим связаны как психосоматическое разделение перехода первичных процессов (прямая реализация неосознанных потребностей, возможная замена объекта, уплотнение и сдвиг в рамках либидинозной реакции), так и развитие вторичных процессов (энергия прочнее связывается с определенным объектом, удовлетворение может отсрочиться, мышление и речь становятся соответствующими реальным ситуациям и возможностям). В процессе раннего детского развития в рамках десоматизации наступает нейтрализация сексуального либидо и агрессивности, которые употребляются в действиях, соответствующих установкам «Я» и реальности. И наоборот, в случаях регрессивного варианта может вновь возникать прорыв либидо и агрессии, который при ограниченности функций «Я» (слабость «Я») может вновь приводить в процессе ресоматизации к появлению психосоматической симптоматики.

В конце 70-х XX ст. американские исследователи Г. Энгел и А. Шмел предложили *психологическую концепцию психосоматических заболеваний*. Ими уточнена роль психических факторов в генезе соматических симптомообразований (особенно в объяснении значения и места механизма конверсии) в рамках возникновения соматического заболевания и в значении ситуации для выявления заболевания. Авторы этой теории считают, что ограничение конверсионных механизмов только чувствительно-двигательной сферой (на чем настаивал классик психосоматики Ф. Александер) во многом весьма уязвимо. По их мнению, конверсия — это сугубо психологический механизм, который невозможно определить или ограничить с помощью нейроанатомических представлений и понятий, даже если вторично затрагиваются функции и структуры нервной системы как биологическое последствие воз-

действия конверсии на органы организма. Для этой концепции важно четкое различие между самим механизмом конверсии и вызванными ею вторичными последствиями и характером соматических повреждений. Нервная система и регулируемая ею произвольная моторика рассматриваются в данном случае только как биологическое следствие, причем не на основе произвольной иннервации, а на основе способности принимать на себя психическое (психологическое).

В этой психологической теории не менее ценно то, что авторы акцентируют внимание на обязательном учете и оценке изначальных predisposing биологических факторов («locus minoris resistentia», или «слабое звено»). Поэтому они используют понятие «соматопсихическое — психосоматическое нарушение», чтобы подчеркнуть динамику развития. По их мнению,— это заболевания, при которых predisposing биологические факторы не только имеют место с момента рождения или грудного возраста, но прямо или косвенно участвуют в развитии психического аппарата. Это не означает неперемного преобладания биологических факторов, для них может существовать общая недифференцированная матрица. Но на каком-то этапе «ущербная» соматическая система (структурная единица) начнет специфическим образом воздействовать на общее и психическое развитие.

Представители данной теории высказывают мнение, что в возникновении психосоматических нарушений важно исследовать связь специфических и неспецифических факторов. При этом для возникновения соматических заболеваний особенно велико значение утраты (реальной и воображаемой) объекта с последующим ощущением беспомощности и безнадежности. Перед началом заболевания можно обнаружить скрытые аффективные состояния отчаяния, субдепрессии, общего истерического фона. Описывается ощущение пессимистического прогноза («никогда, видимо, больше мне не быть в порядке»), измененное отношение к внешнему миру с ощущением, что опыт прошлого вряд ли пригодится в будущем и что связь прошлого с будущим субъективно разорвана.

В этой теории делается попытка связать неспецифическую и специфическую готовность организма к здоровью либо к заболеванию с неспецифическими или специфическими конфликтами. Особенно ценным является предложение авторов оценивать объемно и комплексно роль трех основных факторов в развитии заболеваний: психологических, биологических и социальных.

Большинство исследователей психосоматической структуры личности и практикующих пси-

хосоматиков отмечают, что пациенты с психосоматической патологией в ситуации обследования или в процессе беседы ведут себя несколько иначе, чем здоровые люди или страдающие неврозами. Их высказывания зачастую банальны, тривиальны, лишены истинного смысла. Они с трудом развивают свою мысль, плохо понимают переносный смысл высказываний, фактически не способны к яркому фантазированию. При этом речевая бедность возникает в основном при попытке больных описать свои переживания, свой внутренний мир. Характерно, что во время контакта, особенно при разговоре о значимых для пациента понятиях и событиях, зачастую имеет место замена речевых оборотов и словесных описаний жестами и моторикой, т. е. переадресация к телесной иннервации, причем в этом случае жестикация стандартна, монотонна и невыразительна. Интересно, что окружающие характеризуют таких пациентов как сдержанных, ровных, зачастую мало эмоциональных. Сами же пациенты отмечают постоянное «внутреннее» эмоциональное напряжение, не проявляющееся вовне, но достаточно сильные переживания («внутри кипит буря», «все переживаю в себе»).

В настоящее время психосоматические особенности личности чаще определяются понятием алекситимии, которая характеризуется пятью типичными признаками разной степени выраженности в каждом отдельном случае.

1. Своеобразная ограниченность способности фантазировать. Пациент затрудняется или оказывается неспособным пользоваться символами, результатом чего является своеобразный тип мышления, который можно определить как «механический», «утилитарный», «излишне конкретный». В этом случае речь идет о связанном с текущим моментом, ориентированном на конкретные реальные вещи мышлении, которое почти не затрагивает внутренние объекты, лишено колоритности, в разговоре утомляет собеседника и часто производит впечатление интеллектуальной сниженности.

2. Характерная для данного контингента неспособность выражать переживаемые чувства. Пациент не в состоянии связывать символы речи и жестикации с чувствами. Чувства испытываются как нечто неструктурируемое, непередаваемое вовне и недифференцированное. При попытке описания чувств зачастую описываются отдельные реакции на них окружающих, либо в качестве чувств имеет место соматическое изображение ощущений.

3. Своеобразная экспрессивность в товарищеских отношениях, которая определяется как «гипернормальность». Связей много, но в каждом конкретном случае они характеризуются

как «пустота отношений». Поскольку пациенты не в состоянии разбираться в психологических структурах, они остаются на уровне конкретного «предметного» использования объектов.

4. Истинных, зрелых отношений с объектом нет, поскольку у пациента с психосоматической предрасположенностью происходит тотальная идентификация с объектом, когда человек существует личностно благодаря только наличию другого («ключевой фигуры»). Именно поэтому потеря (реальная или воображаемая) этой «ключевой фигуры» («потеря объекта») часто обнаруживается как провоцирующая ситуация в начале заболевания.

5. Склонность к торможению внешнего проявления эмоций. Эта особенность представляется важнейшей преморбидной спецификой человека с риском возникновения психосоматического заболевания. В отечественных исследованиях описанная склонность представляется результатом сочетанного воздействия двух патогенных факторов: ригидности психических процессов и склонности к повышенному самоконтролю.

В последние годы в психосоматическом направлении все громче заявляют о себе *интегративные модели*, вышедшие за рамки психоанализа

и объединившие глубинно-психологический подход к соматическому заболеванию с естественнонаучной традицией клинической медицины. Начало этому движению положили Л. Крель, Г. Бертман, В. Вайцекер, Т. Икскуль, А. Йорес, П. Кристиан и Г. Вайнер. В рамках этой модели состояние здоровья определяется не по абсолютному его значению — отсутствию болезней, а скорее как эффективное приспособление (адаптация) к реальному окружающему миру. Сама болезнь не является единственным основанием для возникновения страдания и ощущения болезни. Эти чувства могут появляться также вследствие неспособности человека приспособиться к различным жизненным ситуациям или к заболеванию, т. е. зачастую являются результатом несоответствия между адаптивными возможностями человека и конкретной жизненной ситуацией. Эта невозможность адекватной адаптации может вызвать чувство страдания и ощущение собственного нездоровья.

Поиск интегративной психосоматической модели, рассматривающей здоровье человека и болезнь во взаимопереплетении психологических, биологических и социальных факторов, продолжается и дает основание надеяться на успех.

Поступила 27.03.2006