

МИКРОПСИХОАНАЛИЗ



Е. Ю. Исагулова

АТОПИЧЕСКИЙ ДЕРМАТИТ У ВЗРОСЛЫХ

ОСОБЕННОСТИ ПСИХОДИАГНОСТИКИ
И ПСИХОАНАЛИТИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ

Микропсихоанализ

Елена Исагулова

**Атопический дерматит у взрослых:
особенности психодиагностики
и психоаналитической терапии**

«Когито-Центр»

2021

УДК 159.9
ББК 88

Исагулова Е. Ю.

Атопический дерматит у взрослых: особенности психодиагностики и психоаналитической терапии / Е. Ю. Исагулова — «Когито-Центр», 2021 — (Микропсихоанализ)

ISBN 978-5-89353-611-9

Данная работа посвящена психоаналитическому исследованию психогенеза дерматологических расстройств у взрослых. Выявлены особенности психодинамики и психоаналитической терапии пациентов с атопическим дерматитом, приведены и систематизированы их индивидуально-психофизиологические и личностные характеристики. Изучение структурных и функциональных проявлений заболеваний кожи и особенностей психики больного может стать основой для интеграции усилий специалистов в области дерматологии, психотерапии и психиатрии при создании коррекционных и профилактических программ. В формате PDF A4 сохранён издательский дизайн.

УДК 159.9
ББК 88

ISBN 978-5-89353-611-9

© Исагулова Е. Ю., 2021
© Когито-Центр, 2021

Содержание

Е. Ю. Исагулова	5
Введение	6
Раздел I	8
Психосоматический аспект в психоанализе	8
Психосоматическое реагирование личности на конфликт	13
Обзор психоаналитических взглядов на психоаналитическое реагирование личности	20
Конец ознакомительного фрагмента.	23

Е. Ю. Исагулова

**Атопический дерматит у взрослых: особенности
психодиагностики и психоаналитической терапии**

© Когито-Центр, 2021

© Е. Ю. Исагулова, 2021

* * *

Введение

Термин «психосоматика» имеет два греческих корня – ψυχή и σῶμα. В прежние времена считалось, что «психе» – «душа или разум», теперь к этому добавляют «поведение». «Сома» относится к «физическому организму». Уже давно стало известно, что психологические, эмоциональные факторы связаны со многими физическими заболеваниями. Традиционно мы считаем, что разум (психика) и тело (сома) разделены, но где и как они взаимодействуют? Ответом на этот вопрос в свое время послужила основная концепция психосоматической медицины, четко описанная Зигмундом Фрейдом, который использовал термин «конверсионная истерия», представляющий собой не что иное, как изменение экспрессивного поведения, то есть переход от неразрешенной эмоции к соматическому симптому. Тело и разум влияют друг на друга и работают как единое целое. Большинство болезней являются психосоматическими, они затрагивают как ум, так и тело. Каждое физическое заболевание имеет некоторый аспект психического компонента, то, как индивидуум реагирует на него и справляется с этим, значительно варьируется.

Психосоматические соотношения – одна из наиболее сложных проблем современного периода, несмотря на то, что тесная взаимосвязь психического и соматического установлена и изучается в течение нескольких веков со времен Гиппократов и Аристотеля. При своем зарождении в начале XX века психосоматическая медицина выступила против односторонних естественно-научных и органо-центрических установок. Современные исследователи утверждают биопсихологическую природу многих болезней, связывая личностно-психологические особенности с психическими расстройствами и соматической патологией. Это не означает, что этиопатогенез психосоматических заболеваний носит исключительно психический характер, необходимым является предположение об этой возможности наряду с фактором физиологических и экологических причин. Клаус Бейн Бансон указал, что в структурировании личности людей, у которых развивается рак, широко используются защитные механизмы, такие как депрессии и отрицание (Bahnsen, 1966). Е. Ф. Бажин указал, что люди, которые заболели раком, ранее перенесли значительные потери или особенно болезненные разлуки (Бажин, 1980). Соответственно различают истинные психосоматозы, возникновение которых определяется психологическими факторами, и остальные заболевания, включая инфекционные, на динамику которых психологические и поведенческие факторы оказывают существенное воздействие, меняя неспецифическую резистентность организма, но не являясь первопричиной их возникновения.

Большинство болезней – многофакторные и формируются предыдущими ситуациями, воздействие которых накапливается в организме. Вся жизненная история человека указывает на обстоятельства, при которых каждый из них играет конкретную роль, что в итоге приводит к определенной клинической картине. Имеют значение гестационные и родовые состояния, патологические antecedенты, образ жизни родителей, семейная среда, физическая среда в детстве, физические и эмоциональные травматические переживания в раннем детстве, эмоции, ощущаемые в процессе лечения, травматические переживания в подростковом возрасте, в момент жизни при начале заболевания, ухудшение условий, тенденция к положительным или отрицательным мыслям, семья, социальные, сексуальные, финансовые условия, система убеждений.

В основе психосоматической патологии, как утверждают многие исследования, лежит первично-телесная реакция на конфликт. Психосоматические заболевания развиваются в ответ на конфликтное переживание с появлением узнаваемых изменений в органах, выявляется четкая связь предрасположенность – личность – ситуация. Соответствующая предрасположенность может влиять на «выбор» поражаемого органа или системы. Склонность к оптимизму или пессимизму является собственным и уникальным фактором для каждого человека,

что делает заболевание особым и специфическим состоянием. В каждом процессе болезни есть биологический, психологический, эмоциональный, социальный и духовный вклад.

Существует большой спектр психосоматических дерматологических заболеваний, которые сегодня входят в область воздействия перспективного направления психоанализа и психотерапии. Связь между разумом и кожей изучалась с XIX века. За последние 40 лет создали новые области исследований, которые позволили выяснить, как эти два аспекта взаимодействуют. С психоаналитической точки зрения почти все дерматологические расстройства можно считать психодерматологическими, так как психоаналитическая концепция психосоматики основана на отсутствии органической этиологии или на реальном соматическом состоянии заболевания. Когда семь лет назад Ричард Фрид выступил на дерматологической конференции с докладом о взаимосвязи между психологическими и дерматологическими проблемами, один дерматолог из аудитории скептически отнесся к связи между разумом и телом (Fried, 2020). Затем другой дерматолог встал на защиту доктора, сказав своему коллеге, что, сказанное автором наглядно отражено на лице оппонента. Возмущение скептически настроенного дерматолога не прекращалось, но его глубокий румянец иллюстрировал влияние, которое эмоции оказывают на самый большой орган тела – кожу. Клей отмечает: простое познание того, что «я сказал или сделал что-то не так», может вызвать яркий румянец, мгновенное покраснение кожи лица. Ричард Фрид – психолог, ставший дерматологом, клиническим директором Yardley Dermatology Associates и Yardley Clinical Research Associates в Ярдли, Пенсильвания, отметил тогда: «Это довольно удивительное доказательство того, что разум и тело взаимосвязаны» (Fried, 2020).

Психические расстройства, отличающиеся полиморфизмом клинических проявлений, наблюдаются у 1/3 пациентов дерматологических клиник. По данным исследований, проведенных в Германии, около 20 % всех страдающих хроническими дерматологическими заболеваниями обнаруживают те или иные психопатологические нарушения. В среднем эпидемиологические значения сочетания дерматологической и психической патологии составляют около 30–40 %. В настоящее время область психодерматологии активно развивается зарубежными исследователями, работающими в Германии, Италии, Франции, Великобритании, США.

Возникновение психодерматологии как научной дисциплины непосредственно связано с тенденцией к интеграции, к объединению дерматологии с такими науками, как психотерапия, психология, психиатрия. Учитывая особенности течения хронических дерматозов, можно сделать вывод, что манифестация, развитие и течение заболевания непосредственно влияют на личность, самооценку, эмоционально-волевую сферу и формируют некоторые патологические поведенческие и личностные особенности, требующие глубокого изучения. Важным является психоаналитическое исследование психогенеза дерматологических расстройств, индивидуально-психофизиологических личностных характеристик, выявление особенностей психодинамики и психоаналитической психотерапии лиц, страдающих атопическим дерматитом. Выявление структурных и функциональных характеристик заболеваний кожи и особенностей психики больного может стать базой для создания коррекционных и профилактических программ интегративного методического подхода дерматологии, психотерапии и психиатрии.

Раздел I

История развития психоаналитических подходов в исследовании психосоматических заболеваний

Психосоматический аспект в психоанализе

Взгляды на связь души и тела в историческом аспекте отличались разнообразием, определенной динамикой, то есть эвристически плодотворны для определения методологических основ психосоматики (Любан-Плоцца и др., 2000). В донаучный период развития человечества преобладало мифологическое мышление, по законам которого действует бессознательное, понимание его является ключевым в преодолении или определении причин возникновения психосоматических расстройств. Мифологическое мышление отличается единством эмоционально-волевого и образного компонентов, единством реального и воображаемого (Фрейд, 1991).

Первые философские системы берут за первооснову мира тот или иной вид материи, из которой, по их мнению, состоят и душа, и тело. Вершиной античного материализма считается атомистический материализм, родоначальником которого был Демокрит. Он понимал душу как причину движения тела. Душа признавалась материальной и состояла из мельчайших подвижных атомов, рассеянных по всему организму. Демокрит говорил, что душа – это атомы огня по своей форме и активности. Душа понималась как продукт распределения атомов в теле (Шмигель, 2012). Психосоматические идеи воплотились в учении об аффекте у стоиков, которые продолжали идеи Демокрита. Стоики сочетали стремление и чувства в понятии аффекта и различали три стадии нарастания аффективного состояния как фактора возникновения соматических проблем. Так, на первой стадии под влиянием внешних воздействий наступают физиологические изменения в организме. Невольно приходит мысль о том, что произошло и как следует реагировать. Затем должен вмешаться разум (Александр, 2015).

У пифагорейцев в трактовке особенностей души в отличие от тела постепенно нарастают идеалистические тенденции. У Сократа впервые определяется душа как нечто отличное от тела. Носсрат Пезешкиан использовал в качестве эпиграфа к своей работе по психосоматике высказывание, которое связывают с именем Сократа: «Если кто-то ищет здоровья, спроси его сначала, готов ли он в дальнейшем расстаться со всеми причинами своей болезни – только тогда ты сможешь ему помочь» (Пезешкиан, 2017). Наивысшего развития идеализм в эпоху античности достиг у ученика Сократа – Платона. По мнению последнего, душа является посредником между мирами идей и чувств. Вершиной античной психологии является учение Аристотеля (ученика Платона). По мнению Аристотеля, душа является сутью тела, причиной и целью всех его действий. «Душа не может существовать без тела и не является телом. Если бы глаз был живым существом, его душой было бы зрение. Душа неотделима от органической жизни, но не материального мира в целом», – так характеризовал связь души и тела Аристотель (Шмигель, 2012). Он описывал чувства удовольствия и неудовольствия как показатели процветания или задержки в душевных и телесных функциях. Составной частью учения Аристотеля об аффектах было понятие о катарсисе (очищении), благодаря которому человек может избежать риска психосоматических расстройств.

Мыслители XVIII века искали пути понимания связей между психическими и нервными процессами в пределах отдельного организма. Утвердился психофизиологический параллелизм в его двух вариантах – материалистическом (Дэвид Гартли) и идеалистическом (Христиан Вольф). Против отождествления психики и сознания выступил Лейбниц, одним из важ-

ных нововведений которого является понятие о бессознательном. Он различал перцепцию и апперцепцию (осознание). Лейбниц доказывал: то, что существует в сознании, обусловлено не физиологическими, а бессознательными психологическими актами. Густав Теодор Фехнер определил психофизику (XIX век) как научное исследование связи между психическими и физическими процессами и сформулировал закон связи между мозгом и телом. В результате исследований Роберта Адэра, проведенных в 1970-е годы, когда возникла психонейроиммунология, западная медицина начала признавать, что разум и тело связаны между собой химическими веществами и клеточными рецепторами (Адер, 2006). К этим наблюдениям постоянно добавляются новые результаты, демонстрирующие то, что до сих пор являлось догмой аллопатической медицины: причину болезней следует искать исключительно в физической материи, на них можно влиять только материальными средствами. Энергия, разум и эмоции не учитывались в генезе или в течении болезни, а тем более в процессе исцеления и возвращения здоровья. Эмоции часто не фигурировали в психосоматических моделях, поскольку эти модели относились исключительно к психическим влияниям и особенностям личности без учета эмоций. Однако с учетом бурного развития исследований в области физиологии, чувственного восприятия, психиатрии и психоанализа в конце XIX – начале XX вв. эмоции стали занимать центральное место в этих моделях либо как часть психики, либо как способность, связывающая тело и психику. Множество исследований и доказательств того, что разум и тело образуют неделимое единство, уступили растущему интересу врачей к новым знаниям, расширив тем самым их видение и ресурсы, которые они используют в так называемой медицине разума – интегративной медицине (Бройтигам, 1999).

В 1946 году экспертный комитет Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) обозначил два разных значения термина «психосоматический». Первый подразумевает «холистический подход в медицине, переход от узкого взгляда на пораженные органы и системы к исследованию пациента в его социально-психологическом окружении», – утверждает английский психоаналитик Фрэнсис Энтони Уитлок (Whitlock, 1976). Такое значение должен был утвердить гуманистический, целостный подход к диагностике и лечению физических заболеваний. В то же время термин, применяемый в таком широком смысле, потерял свое специфическое значение. Второе, более узкое использование термина ограничивается теми заболеваниями, в которых психологические факторы предположительно играют особую роль. Уитлок отметил парадокс, заключенный в столь разном применении термина: когда его используют для описания только определенных заболеваний, не учитывается целостный медицинский подход. Этот парадокс на сегодняшний день пока остается неразрешенным.

Понятие «психосоматический» сейчас общепринято, хотя все еще не до конца раскрыто. Можно согласиться с определением Уитлока: психосоматическими называются состояния, «при которых эмоциональные факторы играют значимую роль в их генезе, рецидивах или потенции» (Whitlock, 1976, p. 18). Конечно, это не исключает вероятности сосуществования многих других факторов (генетических, физических, окружающей среды и пр.), влияющих на развитие определенных заболеваний. Однако выделение психосоматики в качестве отдельной области знаний остается открытым для обсуждения. Учитывая, что этот предмет исследования является междисциплинарным и разные дисциплины пытаются изучать одни и те же вопросы со своих позиций, границы и область применения психоаналитической точки зрения на него определить очень трудно. Это подтверждает Грэм Тэйлор: «На наше понимание психосоматики напрямую повлияло множество течений как внутри, так и вне психоанализа» (Taylor, 1987, p. 40).

Для описания психосоматических феноменов используется соответствующая терминология, придающая определенный угол зрения на эти состояния. Видна ли разница между понятиями «сома» и «тело»? Когда говорят о психической репрезентации тела, а когда обращаются к самому телу? Обосновано ли такое различие? Учитывая, что эта область знаний включает в

себя изучение тела и его деятельности в связи с психикой, нужно ли причислять к ней новые открытия и исследования в нейропсихоанализе? Как подчеркивает психоаналитик Маршал Эдельсон в своем исследовании нейро-психоанализа, все вопросы по психосоматике можно рассматривать как часть более широкой дискуссии, в которую входит полемика древней метафизики по проблеме «душа – тело», о монистическом и дуалистическом способах изучения индивидуума (Edelson, 1986).

Джеймс С. Гротштейн выдвинул предположение: в то время как психика – тело считается одним неделимым целым, психика и тело «представляются подходящими и для картезианской уловки разъединения, так что ради их различия можно представлять либо одно, либо другое» (Grotstein, 1997, p. 205). Андре Грин считает, что монистический подход не обязательно подразумевает гомогенное единство и что соматическая и психическая организация различаются структурно. Представляется важным отличать понятие «сома» от понятия «тело». А. Грин считает, что «тело» связано с либидинальным телом (эротическим, агрессивным, нарциссическим), а «сома» относится к биологической организации (Green, 1998).

«Соматический» язык больше подходил бы для письменных трудов в медицине, биологии или статистике. Эта точка зрения отличается от той, которой придерживался французский психоаналитик Пьер Марти (Marty, 1968). Он придавал большое значение изменениям, произошедшим в отношении к понятию «сома», тогда как в других подходах в аналитическом дискурсе выделяют роль понятия «тело». Одни направления психоанализа описывают, как пациент приносит свою «сому», и ставят цель помочь пациенту обрести либидинальное тело – так, чтобы физический симптом мог получить смысл. Это описывает Михель Файн в работе, посвященной психосоматике (Fain, 1967). Представители других направлений психоанализа считают само собой разумеющимся, что болезнь уже вписана в либидинальное тело и что она была и всегда будет бессознательной репрезентацией. Андре Грин утверждает: «В анализе мы всегда имеем дело с „телом“ пациента, а не с его „сомой“» (Green, 1998). Существуют некие основания для путаницы, поскольку разные аналитики могут иметь в виду разное, используя одно и то же понятие «тело».

На различия между теориями по этому предмету влияет ряд дополнительных факторов. Так, в основе разных теоретических подходов к психосоматике лежат различающиеся теории о развитии ребенка и о том, что считают «источником» психической жизни (или даже о развитии ребенка «до» возникновения психической жизни) (Мюррей, 2016). Теории о психике – соме или о соме – психике тесно связаны с теориями о раннем развитии. Другой остающийся спорным в разных теоретических подходах вопрос – связан ли приписываемый определенному физическому симптому или заболеванию смысл в том виде, в каком он проявляется в анализе, с его вероятной «каузальностью» или же этот смысл был сконструирован на знаниях, полученных из личного опыта. Так, например, Парижская школа психосоматической медицины придает особое значение недостатку психического смысла при психосоматических заболеваниях. Эта проблема лежит в основе разных теоретических подходов, подкрепляющих аналитическую практику. Вопрос связан с представлением личностью процессов линейных или последовательных – причинных или скорее предполагаемых с «согласованностью и комплиментарностью между соматическими и психическими процессами», – отмечал в своей работе «Актуальные неврозы и психосоматическая медицина» Питер Хартоколлис (Hartocollis, 2003).

Различия в концептуализации роли инстинктов и влечений, репрезентаций и фантазий с телом/сомой и с органическими заболеваниями отражены в формулируемых в настоящее время вопросах психологии личности. То же самое касается и развития способности к символизации. В этой связи одним из основополагающих вопросов о психосоматических заболеваниях является следующий: имеют ли они символическое значение? Этот вопрос рассмотрел Ричард М. Готтлиб в работе «Психосоматическая медицина: расходящееся наследие Фрейда и Жане» (Gottlieb, 2003).

Традиционно в психоанализе проводилась дифференциация между психосоматикой, ипохондрией и истерией, на что указывал Зигмунд Фрейд (Фрейд, 2013). Эта дифференциация основывалась на следующих представлениях. В психосоматическом явлении можно найти действительное физическое поражение и/или физические реакции. При ипохондрии тело не поражено, хотя пациент верит в обратное. Тогда как при истерии возможно настоящее нарушение телесного функционирования, но нет органического поражения, которым можно объяснить или доказать это нарушение. Если конверсионную истерию рассматривали как поражающую, в основном произвольную иннервацию, связанную с поперечнополосатой мускулатурой, то симптомы, которые возникают в вегетативных органах (контролируемых автономной нервной системой), гораздо сложнее связать с мыслительными процессами. Разница между истерией и ипохондрией не просто основывалась на том, как поражено тело, – она содержала в себе еще и психопатологические и метапсихологические различия. Истерическую конверсию Зигмунд Фрейд и Йозеф Брейер определяли как «трансформацию психического возбуждения в хронические соматические симптомы» (Breuer, Freud, 1895), и она была тесно связана с механизмами вытеснения, сгущения и смещения. Ипохондрию Фрейд описывал как результат влияния нарциссического либидо на тело (Фрейд, 1924). Фрейд и его современники, такие как Жан Мартен Шарко, согласились, что истерия произошла среди женщин, выдвинув гипотезу о том, что истерия является продуктом эмоционального расстройства, беспокойства или некоторой другой психологической причины (Бехтерев, 1925). Они утверждали, что экстремальный психологический стресс проявляется в организме как болезнь, и Генри Модсли резюмировал эту точку зрения следующим образом: «Фрейд сказал, что выявление первичной психологической травмы излечит болезнь. Эта теория стала основой его психоаналитической практики» (Maudsley, 1871). Во второй половине XIX века врачи фактически считали истерию самой распространенной из функциональных нервных расстройств среди женщин. Один викторианский врач изложил возможные симптомы истерии на 75 страницах и назвал этот список неполным. В 1980 году истерия была официально переименована в «конверсионное расстройство» в связи с гипотезой о том, что пациенты преобразуют свои подсознательные тревоги в физические симптомы. Конверсионная реакция – это физическое симптоматическое выражение эмоционального конфликта, которое не вербализуется адекватно, обычно из-за чувства разочарования, вины или стыда. Этот конфликт затем символически выражается через тело без сознательной воли человека. Сами физические симптомы изменяются в зависимости от предрасположенности человека к заболеванию (Балабанова, 2006). Именно глубинная психологическая динамика определяет это расстройство, и оно обычно классифицируется под рубриками психологии или психиатрии, но это также явно психосоматическая реакция. Главной особенностью является потребность во внимании и привязанности, которая не была удовлетворена по обычным каналам и стремится к признанию через физически выраженное общение. Поскольку внутренняя стабильность отсутствует, физические симптомы могут быть изменчивыми или чередоваться между эмоциональным и физическим выражением. Конверсионные расстройства относятся к более широкому определению заболеваний, известных как «соматоформные расстройства», которые включают в себя ипохондрию. Американская психиатрическая ассоциация определяет конверсионное расстройство как симптомы, которые нельзя полностью объяснить общим состоянием здоровья (среди прочих критериев) (Bucci, 2000).

В настоящее время ряд авторов все еще придерживаются концепции различий между психосоматическим заболеванием, истерией и ипохондрией, хотя иногда их различать не так легко, и многие аналитики подвергают сомнению обоснованность существования какой-либо существенной разницы между ними. Так, например, Джойс Макдугалл придерживается мнения, что такая дифференциация слишком упрощает очень сложный предмет, отмечая при этом наличие континуума в промежутке между истерией и психосоматическими феноменами (McDougall, 1980). Она предлагает теорию более общей психосоматической конверсии,

согласно которой каждый симптом имеет смысл, для истерической конверсии существует отдельное место в спектре общей психосоматической конверсии. Герберт Розенфельд описал похожий механизм, лежащий в основе ипохондрических и психосоматических состояний (Rosenfeld, 1963). Можно утверждать, что различение этих трех патологических сущностей не столь очевидно, все они частично пересекаются. Нередко обнаруживается сочетание всех трех патологий.

С целью более детального обоснования значимости психоанализа в рамках психосоматической медицины необходимым является выявление взаимосвязи психиатрических и психосоматических заболеваний. Так, современная клиническая психиатрия придерживается мультидисциплинарного подхода в терапии психиатрических заболеваний. Методы данного направления, по утверждению Ян Бастиаанс, фактически не отличаются от тех, которые используются в психосоматической медицине (Бастиаанс, 2001). Существует только одно отличие, которое относится к сфере последнего направления, поскольку многие психосоматические пациенты главным образом обращаются к узким врачам-специалистам. Так, например, по поводу язвы желудка и двенадцатиперстной кишки пациента в первую очередь обследуют терапевты и гастроэнтерологи. Данного пациента, дополняет Бастиаанс, не будут исследовать в психотерапевтическом институте или в психиатрической клинике. И только если при подобного рода патологиях были выявлены психогенные факторы, тогда пациенты направляются на консультацию к психиатру или аналитику. В связи с этим важным аспектом оказания помощи этой категории пациентов является нахождение общего направления в обосновании болезни как конфликта, как психического события, как симптома неадекватного решения проблемы или как проявления напряжения, существующего в окружении пациента (Бастиаанс, 2001).

Более углубленное рассмотрение и психоаналитическое обсуждение аспекта психосоматической направленности этой группы заболеваний требует в качестве исходного пункта использование положения о том, что психосоматические реакции или заболевания чаще всего встречаются у невротиков, структурное образование личности которых предрасположено к соматизации сложных для разрешения конфликтов. В связи с этим рассмотрим более подробно специфику психосоматического реагирования личности на конфликт.

Психосоматическое реагирование личности на конфликт

Во многих психосоматических исследованиях основное внимание уделялось психодинамическим объяснительным концепциям, таким как интрапсихические конфликты типа «подход – избегание» и связанные с ними эмоции, установки, защита Эго и попытки регрессивной, невербальной коммуникации с использованием автономных нервных путей. Эти психологические концепции были связаны с определенными формами физиологической дисфункции и болезни. Исследователи психосоматики рассматривали социальную среду как источник депривации, соблазна, потери или опасности, вызывающий специфические эмоциональные реакции и сопутствующие им физиологические факторы (Дикая, 2007). Соответствующие объяснительные гипотезы вращались вокруг подавленного выражения зависимых потребностей и последующего усиления интрапсихических конфликтов из-за импульсов к выражению дезавуированных желаний и эмоций, особенно агрессии. Этот методологический подход привел к важным наблюдениям.

Так, еще в далеком прошлом во времена Древней Индии врачи были убеждены, что отрицательные эмоции являются предпосылкой большинства болезней. Древнегреческие ученые рассматривали человеческую сущность как единое целое и при лечении больных большое внимание уделяли характеру. Гиппократ считал, что проблемы со здоровьем вызваны дисбалансом различных «жидкостей» в организме человека и подчеркивал необходимость изучения психологии пациентов. Аристотель утверждал, что душа не может быть отделена от тела. Изречение Сократа гласит: «Неправильно лечить глаза, не обращая внимания на голову, лечить голову без обращения внимания на тело, лечить тело, не обращая внимания на душу» (Ильичев и др., 2015, с. 238).

В ходе развития психологии как науки на первых порах ученые-лексикографы, а позднее и психологи начали изучать определенные свойства человеческой психики, в частности, эмоции. Одним из первых исследований по этой теме явился трактат Бенедикта Спинозы «О происхождении и природе эмоций», в котором говорилось: «Я называю положительную эмоцию удовольствием, которое принадлежит как душе, так и телу, эмоция недовольства же вызывает боль или тоску» (Спиноза, 2019, с. 116) Петер Куттер отмечает: «Если вникнуть глубже в чувства больных людей, можно коснуться скрытого за симптомами витального страха, от которого люди страдают, страха, который и качественно, и количественно отличается от сигнального невротического страха и означает для пораженных им людей утрату существования или смерть» (Куттер, 1997, с. 236). Эмоциональные расстройства и психические заболевания также считались существенной частью заболеваний в китайской медицине, такие заболевания были классифицированы как расстройства Цин Чжи. Так называемые эмоции-воли – Ци-Цин: счастье, гнев, беспокойство, задумчивость, печаль, страх и желания, У Чжи: счастье, гнев, мышление, печаль и страх. Согласно древнекитайскому подходу, они играют первостепенную роль в возникновении, течении и прогнозе большинства заболеваний (Козлов, 2018).

Поскольку эмоции являются глубокими экологическими представлениями человека об окружающей среде в зависимости от восприятия, оценки и интерпретации внешней и внутренней среды, можно утверждать, что психосоматика – это экологический подход человека, погруженный во внешние и внутренние сети социальной, психологической, нейроэндокринно-иммунной системы, а также молекулярного уровня.

Целенаправленное изучение влияния психики на изменения в организме начались в общей и экспериментальной психологии в конце XIX – начале XX вв. Исследования психиатра Франца Александера и его коллеги из Чикагского института психоанализа в 1950-е и 1960-е годы дали толчок к пониманию того, что определенные черты личности и конкретные

конфликты могут вызывать психосоматические заболевания, но обычно считается, что форма, которую принимает расстройство, обусловлена уязвимостью (Александр, 2015).

Александром было сформулировано понятие «психогенное органическое расстройство». Он признавал две фазы в развитии этих расстройств: во-первых, функциональное нарушение вегетативного органа, вызванное хронической и чрезмерной эмоциональной стимуляцией, и, во-вторых, постепенный переход от хронического функционального расстройства к изменениям тканей и, наконец, к необратимому органическому заболеванию (Alexander et al., 1968). Этиологические концепции были расширены, когда было признано, что нарушение функции может быть причиной изменения психической структуры. Это был самый фундаментальный пересмотр медицинского мышления, потому что он противостоял медицинскому изречению, основанному на принципе Рудольфа Вирхова, что болезнь вызвана нарушением структуры. Концепция, согласно которой нарушенная функция может вызвать нарушение структуры, встретила сильное сопротивление, потому что классическая концепция патологии рассматривала нарушенную функцию как возникающую из нарушенной структуры. Однако в конечном счете можно доказать, что многие хронические заболевания неизвестного происхождения являются примерами заболеваний, при которых длительное нарушение функции приводит к структурным изменениям. Ярким примером является токсический зоб, возникновение которого часто связано с эмоциональной травмой, сопровождающейся в конечном итоге выраженными структурными изменениями в щитовидной железе и сердечно-сосудистой системе. По существу, функциональная теория органических расстройств сводится к признанию существования не только острых внешних причинных факторов, но и хронических внутренних причин болезни. Проще говоря, многие хронические нарушения вызваны не внешними механическими или химическими факторами, или бактериями, а непрерывным функциональным напряжением, возникающим в повседневной жизни индивида в его борьбе за существование. Страх, агрессия, чувство вины и сексуальное напряжение, если их подавить, приводят к постоянным хроническим эмоциональным напряжениям, нарушающим функции вегетативных органов (Александр, 2015).

Некоторые исследователи утверждают, что симптомы конверсии продуцируются центральной нервной системой, тогда как психосоматические симптомы обычно продуцируются вегетативной и нейроэндокринной системами. По мнению Уолтера Кеннона, животные реагируют на боль, страх, голод и ярость изменениями секреции желез, а также нарушениями мышечного тонуса и сердечно-сосудистой и желудочно-кишечной систем, все под контролем вегетативной нервной системы (Cannon, 1915). Согласно Чарльзу Скотту Шеррингтону, заболевания ЦНС могут привести к регрессии функции ЦНС до более ранних уровней. Шеррингтон показал, что простая рефлекторная дуга подвергается непрерывным изменениям и даже может быть обращена вспять под влиянием центральной нервной системы (Шеррингтон, 1969). Согласно таламической теории Кеннона, разряд возбуждения в таламусе, если он передается в кору головного мозга, может вызвать глубокие эмоции. Симпатическая часть вегетативной нервной системы играет особую роль в подготовке организма к чрезвычайным ситуациям. В ситуациях, вызывающих страх и/или ярость, в организме происходят значительные изменения (угнетение слюноотделения, моторики желудка, секреции желудочных соков и перистальтики, ускорение сердцебиения, перераспределение крови в мускулатуру и повышение артериального давления), которые подготавливают организм к активной мышечной деятельности. Согласно теории гомеостаза Кеннона, возбуждение симпатической нервной системы в сочетании с повышенной секрецией адреналина является экстренной реакцией организма. Кеннон указал на взаимосвязанные механизмы, с помощью которых организм поддерживает динамическое равновесие. Он обнаружил, что симпатическая нервная система сопротивляется давлению окружающей среды (Cannon, 1915).

С тех пор как Франс Александер придал особое значение семи психосоматическим заболеваниям, область психосоматической медицины прошла долгий путь (Александер, 2015). Хотя акцент Алек-сандера на эссенциальной гипертензии, тиреотоксикозе, бронхиальной астме, ревматоидном артрите, язвенной болезни, язвенном колите и нейродермите, возможно, был непреднамеренным, автор тем не менее установил в сознании нескольких поколений врачей, что это психосоматические заболевания, имея в виду, что другие болезни были в меньшей степени таковыми. Их отнесение к заболеваниям, при которых можно выявить психологические детерминанты, подразумевает, что данные заболевания можно лечить с помощью психотерапии. Работа Александера, возможно, более примечательна в связи с выявлением других факторов, участвующих в преципитации процессов болезни. Его дальнейшее предположение о том, что экологическое событие, способствующее возникновению болезни, вновь вызывает латентные, неразрешенные конфликты, порожденные в том числе и ранним детским опытом, остается до сих пор интригующей гипотезой.

Труднее обосновать идею о том, что характер конфликта имеет специфику для конкретного патологического процесса. Тем не менее это предположение продолжает интересовать исследователей в течение последних четырех десятилетий. Третий постулат Александера об уязвимом органе сохранился в основном из-за приспособляемости к нескольким интерпретациям. Неясно, намеревался ли Алек-сандер вложить в него только психогенное объяснение (орган, сенсibilизированный ранней психологической травмой), объяснение обусловленности развития (орган, настроенный на факторы окружающей среды), менделевской генетической конструкцией или совокупностью перечисленного (Александер, 2015).

Психосоматические расстройства, таким образом, – это расстройства, при которых психологические механизмы и поведенческие реакции играют ведущую роль. Они подчеркивают наличие у индивида глубоких психоэмоциональных проблем, влияющих на физиологические функции. Наиболее четкие объяснения этому феномену даны в трудах психоаналитиков (З. Фрейд, А. Адлер, А. Фрейд, М. Клейн, Дж. Боулби и др.). Психодинамическая интерпретация включает в себя механизм вытеснения из сознания неприемлемых мыслей, в результате которых подсознание «вырывается» в трансформированную форму посредством нарушения функций и изменений в структуре организма, органов тела. Болезненные проявления являются символическими реакциями на неприемлемую жизненную ситуацию. Важным аспектом данной проблемы является выбор органа, отражающего внутренний конфликт. Раздражение, гнев, страх, печаль и горе не просто переживаются особым образом; они вызывают изменения в функционировании мышечной системы, сердечном ритме, а также кровообращении, дыхании, желудочно-кишечном тракте и т. д. Эти явления сопровождают человека постоянно. Длительные и интенсивные негативные эмоции могут не только «исказить» личность, но и вызвать психосоматические расстройства и психосоматические заболевания.

Так, например, психосоматические расстройства рассматриваются некоторыми авторами как результат дисфункции вегетативной нервной системы, и эта вегетативная дисфункция, в свою очередь, считается связанной с различными эмоциональными конфликтами (Young, 1955). Воспоминания, панические атаки, головные боли от напряжения, мышечные боли, расстройства пищевого поведения и бессонница также являются примерами психосоматических реакций организма. Специалисты по психосоматической медицине изучают поражения или физиологические отклонения в вегетативной нервной системе и связанной с ней эндокринной системе, а также эмоциональные конфликты, которые, как считается, вызывают дисфункцию вегетативной нервной системы. Такие исследования становятся ведущими в соматической медицине XX века. Однако предположение о том, что при психосоматическом расстройстве существует вегетативная дисфункция, представляет собой имплицитное предположение, в соответствии с которым подразумевается идея структурного или функционального вегетативного дефекта. Когда нарушается психическое равновесие, то, как известно, первыми призна-

ками отказа от стратегий приспособления являются: общий и неспецифический синдром повышенной чувствительности, раздражительности, переутомления и тревоги. Такие синдромы являются манифестациями повышенного уровня возбуждения и симптомом того, что индивид пытается восстановить равновесие. Но если быстро восстановить равновесие не удастся, то возможны варианты патологических форм поведения, реакций или стратегий приспособления: психотические, психопатические, психоневротические или психосоматические реакции (Любан-Плоцца, 2000).

В основе представленной концепции лежит преобразование автономной нервной системы при психосоматических расстройствах в «истощенную» мишень. Не зная о бессознательном механизме проекции, сознательный интеллект неверно воспринимает внешнюю ситуацию. Эта ошибочная оценка ситуации затем передается подчиненным автономным центрам для соответствующего гомеостатического воздействия. По мнению Яна Бастиаанса, созданная таким образом внутренняя среда является здоровой физиологической реакцией на неверно истолкованную ситуацию (Bastiaans, 1969).

Еще в 1940-е годы Элен Фландерс Данбар определила различия в психологической природе страха и тревоги, исследователи обратились к этой проблеме в середине XX века (Dunbar, 1948). Кратко ее идею можно описать следующим образом. Если человек не способен преодолеть свой страх перед чем-либо или кем-либо, он может убежать, спрятаться или попросить о помощи. А между тем причины возникновения тревоги коренятся в самом человеке. Люди часто не знают, что вызывает у них беспокойство, им нужно найти «врага» не для того, чтобы разобраться с причинами страха, а с целью получения «нервной разрядки». Если врага нет, то человек начинает «борьбу» со своим собственным телом. Подавленная агрессия приводит к самоуничтожению организма и к возникновению психосоматических заболеваний.

Изучая физиологические эффекты гнева и страха, Уолтер Кен-нон доказал, что организм реагирует на чрезвычайные ситуации специфическими адаптивными физиологическими изменениями в общей его структуре (Cannon, 1915). Соответственно, эмоциональное состояние активизирует физиологические функции, предназначенные для подготовки тела к ситуации «сигнала» на эмоции. Страх и гнев стимулируют кору надпочечников, вызывая активацию адреналина, уровень сахара интенсивно повышается, чтобы обеспечить повышенную затрату энергии. Кровяное давление и кровообращение изменяются таким образом, чтобы кровь могла поступать в органы в большем объеме и отвечать за «борьбу» организма. Одновременно анаболические и резервные функции (пищеварение, экскреция) подавляются: организм, который должен напрячь все свои силы, чтобы преодолеть чрезвычайную ситуацию, не может позволить себе процесс переваривания или поглощения пищи. Исследования Уолтера Кеннона, изучающего механизмы эмоционального влияния на функции жизненно важных внутренних органов, объяснили, в частности, влияние эмоционального стресса на возникновение хронических органических заболеваний (ibid.).

Зигмунд Фрейд никогда не употреблял термин «психосоматика», но идея преобразования эмоционального конфликта в физические функции организма, рассмотренная им и Йозефом Брейером в монографии «Исследование истерии», стала основополагающей (Breuer, Freud, 1895). Символическая интерпретация эмоций основывалась на бессознательных мотивах, которые позволяли частично объяснить определенные функциональные нарушения в различных органах и системах организма, базирующиеся на «задушенном аффекте» или «следах аффекта». Авторы доказали, что вытесненные эмоции и психологическая травма конверсии может проявляться через соматические симптомы. Фрейд подчеркивал, что это возможно только в случае «соматической комплаентности» – физиологического фактора, который важен для выбора органа (Breuer, Freud, 1895, p. 62).

Георг Гроддек пытался доказать, что эмоциональные факторы важны не только как часть симптомов конверсионной истерии, но и как часть хронических органических заболеваний.

Он полагал, что все симптомы травм внутренних органов являются весьма специфическим следствием подавленных мыслей и фантазий (Grod-deck, 1917). Аналогичную точку зрения высказал Феликс Дейч, который использовал концепцию обращения, предложенную Фрейдом для объяснения всех дисфункций человеческого организма (Deutsch, 1926). Между тем вегетативная нервная система, которая осуществляет иннервацию внутренних органов, не предназначена для того, чтобы воспринимать психические состояния, в отличие от некоторых частей человеческого тела (голосовых связок и мышц лица), которые контролируются сознанием и отражают психическое состояние человека.

Гюнтер Аммон объяснил, что хронический эмоциональный стресс может вызвать разнообразие физических изменений, происходящих в виде органических заболеваний (Ammon, 1974). Так, например, негативные эмоции могут вызывать длительные сокращения и спазмы мышц органов, изменяя их кровоснабжение и вызывая частичную или даже полную атрофию. Спазмы могут привести к увеличению пищевода и гипертрофии левого желудочка с началом эссенциальной гипертензии. Эмоциональная стимуляция эндокринных желез может повлечь за собой дистрофию тканей, как при тиреотоксикозе, вызванном психологическими факторами. Аммон предположил, что эмоции играют причинно-следственную роль в возникновении диабета, хотя он не мог клинически доказать это.

Рассматривая борьбу за тело как важный интеракционный образец, английский психоаналитик Ричард М. Готтлиб писал: «Существенную роль здесь играет бессознательный процесс, суть которого в последнее время проявляется у меня при воспоминаниях о ряде случаев из собственной практики и супервизий. Речь идет о процессе «повторного усвоения» тела, отчужденного в результате отношений с матерью или другими близкими родственниками (Gottlieb, 2003). Во всяком случае именно мать изначально руководит ребенком во время беременности, а затем после физического рождения выпускает его во внешний мир. При психосоматическом рождении, как считает Маргарет Малер, мать как бы отпускает растущего ребенка «на свободу» во второй раз, давая ему тем самым возможность постепенно узнать собственное тело, научиться распоряжаться им и освоить его потенциал (Малер и др., 2014). Немецкий аналитик Эрнест Беккер в книге «Психоанализ и психосоматическая медицина» отмечает: «Ребенок, „экспроприированный“ матерью, освобождается от своей связанности и зависимости с большим трудом. Если же он все-таки сделает это, то расплатится своим чувством вины» (Becker, 1975). В других случаях освобождению препятствует «интервенция» в манере поведения матери, которая проявляет неуважение к внутреннему телесному пространству ребенка. Третий патогенный пример отношений, как отмечает Джойс Макдугалл, состоит в том, что на ребенка не обращают внимания, пренебрегают им или вообще презирают его (Макдугалл, 2013). В таком случае ребенок чувствует себя брошенным и униженным; его естественные потребности в эмоциональной поддержке и нарциссическом уважении неизбежно фрустрируются. Отдельно следует упомянуть теорию Виктора Ф. Вайцзеккера, согласно этой теории, эмоции влияют на нарушения функций организма, но в отличие от психоаналитиков он настаивал на том, что процессы и динамика соматических неврозов могут быть различны (Weizacker, 1940). Развитие любого заболевания, согласно ему, следует определенной схеме: болезнь не возникает в любое время, только во время морального, умственного или эмоционального кризиса.

Франц Александер предложил теорию интрапсихологического конфликта, влияющего на внутренние органы. Он изучил типичные психические явления, которые могли бы свидетельствовать о различных психосоматических заболеваниях, выявил и описал конфликтные ситуации модели, специфичные для определенных заболеваний. Александер считал, что эмоциональное напряжение невозможно подавить, пока автономные изменения, связанные с таким конфликтом, остаются неизменными. За этим могут последовать дистрофия тканей и необратимые органические заболевания. Александер связывал специфические психосоматические

заболевания с эмоциональным конфликтом, различая истерические, конверсионные реакции и адаптивные изменения вегетативных функций организма, которые вызваны эмоциональным стрессом (Alexander, 1966). Согласно Карлу Ясперсу, психосоматические расстройства трактуются, прежде всего, как бессознательное желание «сбежать в болезнь от невыносимой реальности» (Ясперс, 2013). Швейцарский врач Георг Гроддек утверждал: «У болезни есть цель; она должна разрешить конфликт, подавить его или не допустить проникновения в сознание того, что уже подавлено» (Гроддек, 2011, с. 14).

Эмоция состоит из комбинаций поведенческих и перцептивных реакций, связанных с верхней лимбико-гипоталамо-ретикулярной системой. Они могут быть выражены несколькими способами, такими как, например, возбуждение, движение и психосоматические реакции. Существуют убедительные доказательства того, что определенные специфические эмоциональные конфликты имеют тенденцию поражать определенные внутренние органы. Например, подавленный гнев, по-видимому, имеет особое отношение к сердечно-сосудистой системе. Зависимые, ищущие помощи тенденции, по-видимому, имеют особое отношение к функциям питания. Конфликт, связанный с общением с другими людьми, по-видимому, оказывает специфическое влияние на дыхательные функции. Франц Александер связал семь психосоматических расстройств с семью различными типами личности и специфическими эмоциональными конфликтами (Alexsander et al., 1952). Например, бронхиальная астма связана со страхом ребенка потерять мать. Считается, что гипертония связана с трудностями в контроле собственной агрессивности. Артрит у женщин – это протест против родительской тирании и ограничения мышечных реакций. Язвенная болезнь отражает внутренний конфликт между потребностью быть зависимым и стремлением к независимости. Дерматологические расстройства – следствие конфликта из-за физической близости. Страх смерти вызывает тиреотоксикоз, а враждебные чувства приводят к колиту.

Другие психоаналитики продолжили работу Александера. Макс Шур утверждал, что первоначальные реакции новорожденного на раздражители носят соматический характер и что лишь постепенно ребенок учится контролировать себя (Schur, 1950). Реакция ребенка становится десоматизированной по мере того, как он учится аффективному, когнитивному и поведенческому самоконтролю в ответ на стресс. Психосоматические реакции, которые Шур предпочитал называть соматическими, представляют собой регрессии на раннюю стадию развития: это ресоматизации. Регрессии могут быть вызваны эндокринными изменениями, изменением паттернов сна и бодрствования или травматическими переживаниями.

Андре Грин изучал онкологических больных с болезнью Ходж-кина, лейкемией и лимфомами и связывал эти заболевания с тяжелой депрессией, вызванной реальной или ожидаемой потерей любимого человека (Green, 1998). Джордж Энгель указывал на связь нарушения мозгового кровообращения, инфарктов миокарда и язвы двенадцатиперстной кишки с депрессией (Engel, 1972). Потеря самоуважения и отказ механизмов Эго могут создать состояние беспомощности и безнадежности. Когда депрессивные чувства попадают на благодатную почву уязвимости органа, созданной конституциональными или генетическими факторами, они могут вызвать тяжелое психосоматическое заболевание. Согласно Энгелю, горе так же важно, как бактерии в производстве болезней, ибо горе, вызванное реальной или угрожающей потерей объекта, влияет на функции лимбической и ретикулярной активирующих систем.

Итак, эмоциональное состояние пациента определенно оказывает значительное влияние на течение органического расстройства, но причинная связь между психологическим конфликтом и хроническим органическим заболеванием все еще не очень ясна. Традиционное различие между органическими и неорганическими нарушениями постепенно исчезает по мере накопления доказательств того, что длительные неорганические нарушения могут приводить к серьезным органическим нарушениям, связанным с определенными и отчетливыми морфологическими изменениями. Во время проведения аналитически ориентированной психотерапии

у пациентов с психосоматическими расстройствами может возникнуть понимание значения соматических симптомов, если уделить пристальное внимание эмоциональным конфликтам и фантазиям пациента, а не физиологическим или психологическим механизмам. Было установлено, что изначально эти пациенты боятся признать, что они могут быть психически больными. Они предпочитают верить, что их симптомы обусловлены чисто органическим дефектом, находящимся вне их контроля. Во время психотерапии соматические симптомы заменяются основным психологическим заболеванием, от которого пациент защищался. Простых взаимнооднозначных корреляций между конкретными заболеваниями и психологическими конфликтами не существует, и соматические симптомы могут быть поняты только как выражение слияния нескольких взаимосвязанных фантазий и конфликтов каждого отдельного пациента.

Обзор психоаналитических взглядов на психоаналитическое реагирование личности

В мировой психологии проблема психического развития личности ребенка и влияния обучения и воспитания на развитие в разных направлениях и подходах имеет свои особые трактовки. Наиболее признанной и авторитетной является ее раскрытие глубинной психологией, в рамках которой процесс формирования и развития личности освещен достаточно полно, изучена роль и воздействие неосознаваемых факторов, определяющих потребности личности, ее поведение.

Основным предположением психоанализа является убеждение, что все люди обладают бессознательными мыслями, чувствами, желаниями и воспоминаниями. Касаясь вклада психоанализа, в частности З. Фрейда, Альберт Риманн пишет: «Когда кто-нибудь спрашивает, в чем, собственно, состоят совершившие переворот открытия психоанализа, я бы ответил так: в том, что психоанализ во всей широте понял, исследовал и приобщил к терапевтическому процессу становление человека. По существу, лишь после Фрейда истории болезней действительно стали заслуживать своего названия» (Riemann, 1956, p. 143).

В своей книге «Значение Фрейда для психосоматической медицины» Иоганнес Кремерius пишет об эпохальном открытии Фрейдом значения раннего детского развития, в частности влияния побуждений и потребностей на формирование характера человека (Cremegius, 1956). Одним из важнейших открытий Фрейда является осознание чрезвычайной пластичности и уязвимости раннего детства, важности ранних впечатлений, которые формируют базисную структуру личности человека.

По мнению Фрейда, внутри человека постоянно происходит таинственная война между скрытыми в глубинах психики неосознанными психическими силами и необходимостью выжить во враждебной для человека социальной среде (Фрейд, 2011). Запреты со стороны социальной среды и «цензура» сознания, сталкиваясь с неосознаваемыми влечениями, приводят к душевным травмам, подавляют энергию стремлений. Требования к Эго со стороны Ид, Супер-Эго и социума, к которому индивид должен приспособиться, вызывают огромное внутреннее напряжение. Вследствие тайной внутренней войны (главным ее двигателем являются сексуальные влечения – либидо) личность постоянно находится в состоянии конфликта с собой и социальным окружением (Фрейд, 2010). Эта энергия никуда не исчезает и вынуждена отыскивать пути выхода наружу. Вследствие столкновений и борьбы компонентов личности возникают невротические симптомы, сновидения, ложные действия (оговорки, парапраксисты и т. д.), забывание неприятного.

Зигмунд Фрейд коснулся важнейших составляющих психики человека. Вопрос о мотивах как реальном факторе регуляции поведения, динамики отношений между ее различными (осознаваемыми и неосознаваемыми) компонентами он выдвинул как первоочередный. Но мотивация толковалась как психическая энергия, которая циркулирует в организме и имеет один вектор – направленность на рассеивание и разрядку (Фрейд, 2016).

Развитие чувства реальности и способности различать собственно Я и окружающую действительность происходит постепенно. Главную роль в этом процессе играет мать, которая разумно удовлетворяет потребности ребенка. Если мать слишком заботлива – у ребенка нет необходимости развивать контакты с действительностью, если недостаточно – возникает страх перед угрожающей враждебностью мира. Основы данной теории сформулированы З. Фрейдом, а дальнейшее развитие она получила в работах М. Кляйн, В. Г. Био-на, М. Балинта, Д. В. Винникотта, О. Кернберга, В. Р. Фейрберна и многих др.

Оральная стадия развития личности, соответствующая первому году жизни, характеризуется постепенным развитием и дифференциацией чувства Я. Сначала психика мла-

денца представлена бессознательными влечениями и инстинктами, удовлетворение которых должно быть незамедлительным, а чувство удовлетворения распространяется по всему телу ребенка. Эго изначально оформляется как инстанция, способная отложить удовольствие, а также выбрать способ достижения наслаждения и реализовать его. Позже развивается способность отказываться от непринятых в обществе влечений или способов получения удовольствия, эта функция обычно соотносится со Сверх-Я (Фрейд, 2015). В работе «Норма и патология детского развития» Анна Фрейд подробно описывает поведение и поступки инфантильной (фиксированной на оральной стадии) личности в сравнении со зрелой (Freud et al., 1968).

Следующая стадия развития объектных отношений называется депрессивной. Мелани Кляйн считает главным итогом этого периода способность ребенка справляться с тревогой, подготавливает его к противоречиям и сложностям эдипова комплекса (Кляйн, 2007). Кляйн связывает с объектными отношениями два основных типа тревоги, которые может переживать личность. Персекуторная тревога (страх преследования, боязнь враждебного отношения со стороны окружающих) развивается у людей, для которых характерна высшая параноидно-шизоидная спутанность, а депрессивная тревога (страх потери любимого объекта) свойственна тем, кто не сумел сформировать представление о позитивном и устойчивом собственном Я (преодолеть депрессивную позицию). В первом случае человек не умеет отделять позитивные черты и свойства от негативных и чувствует сильный страх того, что объект (любимая, начальник, приятель) в любую минуту может стать враждебным, агрессивным. Отношения с людьми его пугают в силу непредсказуемости их поведения. Если же субъект не уверен, что заслуживает внимания, одобрения и любви, ему трудно ответить взаимностью на симпатию другого человека (Кляйн, 2009).

Американский психоаналитик Филлис Гринакр рассматривает формирование чувства идентичности как процесс, зависящий от развития объектных отношений (Greenacre, 1966). По мнению автора, осознание собственного Я субъекта развивается через понимание того, как его представляют и оценивают другие люди. Другие авторы, например, Джозеф Сандлер, считают, что объектные отношения влияют прежде всего на формирование Супер-Эго (Sandler, 1962). Конечно, к Сверх-Я относят моральные нормы и правила, в том числе и религиозные, совесть, принципы и различные запреты, а также идеалы и ценности личности – одним словом, все, что позволяет ей отличать добро от зла (в широком смысле) и вести себя в соответствии с представлениями о плохом и хорошем, должном, допустимом и недопустимом.

Согласно теории Альфреда Адлера, ведущим мотивом деятельности человека является врожденное стремление к преобладанию, к власти (Адлер, 2002). Истоки этого стремления – чувство неполноценности, присущее каждому человеку, и стремление компенсировать свои слабости и развивать неполноценные функции. Чтобы преодолеть чувство неполноценности, человек стремится возвысить себя в глазах окружающих и в собственном представлении о себе. Структура личности, по Адлеру, формируется в раннем детстве (до 5 лет) и переживается как прототип, своеобразный зародыш «стиль жизни», который предопределяет все последующее психическое развитие. Цели жизни состоят из осознанного чувства неполноценности, попыток его преодоления и самоутверждения.

В обзоре, посвященном вкладу психоанализа в психосоматическую медицину, Де Бур пишет: «Митчерлих отстаивает точку зрения, согласно которой целостной психосоматической теории до сих пор не существует» (De Boog, 1965, p. 120). Общее патогенетическое представление о психосоматической болезни можно охарактеризовать следующим образом: «Под воздействием остающегося неразрешенным переживания конфликта мобилизуются влечения – желания, которые, однако, ведут к возникновению неприятного напряжения. Поскольку нормальный или непосредственный путь к удовлетворению прегражден Я, оно вынуждает к частичной разрядке в компромиссном решении. Ареной компромисса является собственное тело. Физический симптом является для психоаналитика выражением болезни, его системой

координат – история жизни» (De Boor, 1965, с. 140). В своем обзоре Де Бур обсуждает работы первых аналитиков, которые занимались психосоматическими проблемами (Г. Гроддека, Ф. Дойча и О. Фенихеля и аналитиков следующего поколения – Ф. Александера, Р. Р. Гринкера, С. Марголина, Л. Куби, М. Шура, Д. Уиздома и др.).

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.