**Введение**

Еще Гиппократ говорил о том, что лечить нужно больного, а не болезнь. То есть, необходим целостный подход к обследованию и лечению больного. Психосоматическими заболеваниями называют физические заболевания или нарушения, причиной возникновения которых является аффективное напряжение (конфликты, недовольство, душевные страдания и др.). Психосоматические реакции могут возникать не только в ответ на психические эмоциональные воздействия, но и на прямое действие раздражителей. Представления, воображение также могут оказывать влияние на соматическое состояние человека.

Нарушения, возникающие в организме под влиянием психических факторов, называют психогенными. Психогенные факторы могут вызывать следующие физиологические нарушения в разных органах и системах организма:

* **в сердечнососудистой системе** – учащение сердцебиения, изменение кровяного давления;
* **в системе дыхания** – его задержку, замедление или учащение;
* **в пищеварительном тракте** – рвоту, поносы, запоры, повышенное слюноотделение, сухость во рту;
* **в сексуальной сфере** – усиленную эрекцию, слабость эрекции, секрецию генитальной области, аноргазм;
* **в мышцах** – реакции непроизвольного характера: мышечное напряжение, дрожание;
* **в вегетативной системе** – потливость, гиперемию и т. д.

Существуют психические психогенные заболевания:

* реактивные психозы;
* неврозы;
* патохарактерологические формирования личности;
* психосоматические заболевания.

К психосоматическим заболеваниям относится нервная анорексия. Психогенный компонент играет большую роль во многих органических заболеваниях: гипертонической болезни, язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки, при инфаркте миокарда, мигрени, бронхиальной астме, язвенном колите, нейродермите и т. д.

Существует множество различных направлений в психосоматической медицине: психоаналитическая терапия, психодинамически-ориентированная терапия, трансперсональная терапия, позитивная психотерапия и т. д.

В данной работе будет рассматриваться психоаналитическая терапия в психосоматической медицине.

**О психосоматике**

Идеи психосоматики в конце 40-х – начале 50-х гг. развил и систематизировал, вместе со своей рабочей группой, Франц Александер (1891–1964) – один из ведущих американских психоаналитиков своего времени. Благодаря своим работам об эмоциональных причинах возникновения гипертонии и язвы желудка, он стал одним из основоположников психосоматической медицины.

Александер был убежден в том, что прогресс в этой области требует принятия основного постулата: психологические факторы, влияющие на физиологические процессы, должны подвергаться настолько же подробному и тщательному изучению, как это принято при исследовании физиологических процессов. Психологические процессы в своей основе не отличаются от других процессов, имеющих место в организме. Они в то же время являются физиологическими процессами и отличаются от остальных телесных процессов только тем, что воспринимаются субъективно и могут быть переданы вербально окружающим. Они могут поэтому изучаться психологическими методами. Каждый телесный процесс прямо или косвенно подвержен влиянию психологических стимулов, поскольку организм в целом представляет собой единицу, все части которой взаимосвязаны между собой.

В современном представлении существует такой тезис: «нет психосоматических болезней, а есть психосоматические больные». Он касается того, что не надо бросаться в крайности, объясняя все либо физиологией, либо психологией. Но существует ряд болезней, происхождение которых в основном связано с психологическими причинами. В 1950 г. Александер дал перечень семи классических психосоматических болезней: эссенциальная гипертония, язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки, ревматоидный артрит, гипертиреоз (тиреотоксикоз), бронхиальная астма, язвенный колит и нейродермит. Позже этот список был дополнен, было проведено огромное количество исследований, но безусловная принадлежность этой семерки к психосоматике считается доказанной.

Вообще же спектр психосоматических расстройств широк и включает в себя: психосоматические реакции – кратковременные изменения различных систем организма (повышение давления, учащеннное сердцебиение, покраснение, побледнение и т. д.; функциональные неврозы органов (без объективных признаков поражения этих органов), соматоформные расстройства (постоянные жалобы на боли и неприятные ощущения, функциональные расстройства, наблюдающиеся со стороны нескольких органов, при отсутствии объективных признаков их повреждения, четкая взаимосвязь жалоб пациента с психологическими факторами); конверсионные расстройства (с четкими и символическими проявлениями личностных особенностей пациентов и влиянием психотравмирующих факторов; и, собственно психосоматические заболевания.

Если говорить общепопулярным языком, возникновение психосоматических расстройств напрямую связано с подавлением своих эмоций и желаний, т. е. их нужно выражать, но и здесь можно попасть в крайность, если это касается неприемлемых или агрессивных желаний. Как все это связать и научиться владеть собой – для этого и существует психотерапия и психоанализ.

## Психосоматика и психоанализ. Причины и факторы психосоматических заболеваний

расстройство психосоматика патогенез лечение

Рассмотрим психоаналитическое понимание психосоматических заболеваний. Психосоматическая линия развития болезни состоит из следующих элементов:

– симптом – эмоциональное истощение, отсутствие чувств, депрессия, бедность фантазии;

– конфликт – потеря объекта (реальная или мнимая, т. е. это может быть как реальный объект, так и, к примеру, профессиональная деятельность), отсюда

– нарциссическая травма и агрессивная защита;

– личностные особенности – неуверенность и слабость Я, которое проявляется, как недостаточная интроспекция (самонаблюдение), нарушенное базисное доверие, пониженная фрустрационная толерантность (низкий порог чувствительности к раздражителям) с повышенной потребностью в зависимости, минимальная способность к научению новым эмоциональным установкам.

Таким образом, упрощенно, линия психосоматического заболевания может развиваться так: потеря, которая воспринимается, как нарциссическая травма и чувство потери воспринимается непреодолимым – депрессия с чувством беспомощности и безнадежности – телесные нарушения.

В целом же в объяснении психосоматических заболеваний признается многофакторность – совокупность причин, которые взаимодействуют между собой. Основные из них:

– неспецифическая наследственная и врожденная отягощенность соматическими нарушениями (поломки хромосом, генные мутации),

– наследственная предрасположенность к психосоматическим нарушениям,

– нейродинамические сдвиги, связанные с изменением деятельности ЦНС – предполагается накопление аффективного возбуждения – тревоги и напряженной вегетативной активности,

– личностные особенности – в особенности – инфантилизм, алекситимия (неспособность воспринимать и обозначать словом чувства), недоразвитость межличностных отношений, трудоголизм;

– черты темперамента, к примеру, низкий порог чувствительности к раздражителям, трудности адаптации, высокий уровень тревожности, замкнутость, сдержанность, недоверчивость, преобладание отрицательных эмоций над положительными,

– фон семейных и других социальных факторов,

– события, приводящие к серьезным изменениям в жизни (в особенности у детей),

– личность родителей – у детей – по Винникоту, дети с психосоматикой имеют пограничных матерей; семейная дезинтеграция.

При анализе роли наследственности и окружающей среды было установлено, что в 30 % случаев имеет значение наследственность, в 40 % – взаимодействие с окружающей средой, и 30 % – прочие.

Психоанализ придает очень важное значение факторам влияния окружающей среды, в особенности – нарушениям отношений. Это уже упоминавшаяся ситуация потери, переживания разлуки или смены окружающей среды, у детей также смена воспитателей или отсутствие матери или отца.

С точки зрения психодинамики, упомянутые реакции психосоматических больных (депрессивность после потери объекта на уровне стадии сепарации – индивидуации, нарциссические нарушения, орально-регрессивные черты, агрессивная защита, ограниченная способность к интроспекции) могут быть объединены понятием «прегенитальное нарушение созревания», что в совокупности с набором основных защит – отрицанием, расщеплением, проективной идентификацией, достаточно часто связывает психосоматические нарушения с пограничным уровнем развития личности.

**Психоаналитическая терапия. Скрытое измерение: психосоматическая ось сознания**

Фрейд использовал динамичное взаимодействие между «неврозом тревоги» и «истерией» как базу для фундаментального разграничения «актуальных неврозов» и «психоневрозов». Со временем в категорию актуальных неврозов были включены неврастения и ипохондрия. Фрейд рассматривал (Freud, 1895/1894) невроз тревоги как прямую противоположность неврастении, в общих чертах отличающихся друг от друга накоплением возбуждения в первом случае и его дефицитом во втором. Эти явления, считал Фрейд, были противоположны по этиологии: сексуальная абстиненция в случае неврозов тревоги, и чрезмерная мастурбация при неврастении (Freud, 1898). Позднее Фрейд сравнил эту пару с ипохондрией, при которой пациент «изымает интерес и либидо – последнее в особенности – из объектов внешней среды и концентрирует их на органе, занимающем его внимание» (Freud, 1914, p. 83).

Затем Фрейд сравнил эти три «актуальных невроза» (неврастению, ипохондрию и невроз тревоги) с их психоневротическими двойниками, что привело к образованию трех новых контрастных пар: невроз тревоги – истерический невроз тревоги, неврастения – конверсионная истерия, и ипохондрия – парафрения (психоз). Элементы пар связаны со своими психоневротическими двойниками по ряду признаков. Во-первых, имеется сходство механизма конверсии, о чем свидетельствует «факт, что при неврозе тревоги телесные ощущения подвергаются определенной конверсии» (Freud, 1895/1984, p. 98). Во-вторых, наблюдается сходство клинических проявлений, что доказывает факт, что «истерия…, которая имитирует такое множество органических расстройств, может легко принять облик одного из «актуальных неврозов» путем усиления симптомов последнего до истерических» (Freud, 1898, p. 270). В третьих, соприкосновение между элементами таково, что любой психоневроз имеет «актуальный» фундамент, и любой актуальный невроз развивает психоневротическую «кору» или «раковину».

Экстраполируя выводы Фрейда можно сказать, что вся сфера психопатологии может быть расположена вокруг как психосоматической, так и психической оси. Фрейд сделал шаг в этом направлении, когда комментировал «актуальные» характеристики травматических военных неврозов (Freud, 1926). Он никогда не оставлял свою теорию актуального невроза. Фактически, он подтвердил ее в работе «Подавление, симптомы и тревога» (Freud, 1926), которой мы обязаны изложением сути структурной теории.

Некоторые его преемники продолжили путь психосоматической корреляции основных эмоциональных расстройств. Например, Сперлинг заметил (Sperling, 1955), что психотические и психосоматические симптомы способны сменять друг друга у одного и того же пациента. Соматическая компонента тяжелой депрессии (включающая соматическую поглощенность и вегетативные признаки), в особенности для так называемого немеланхолического типа, вне всякого сомнения, широко известна.

Некоторые психоаналитики относили психосоматические нарушения к группе «нарушений деятельности», определяя последние скорее на основе тенденции к сбросу напряжения посредством действия и реакции, нежели путем сознательной переработки и вербализации (McDougall, 1980; Sperling, 1968). В этой концепции отреагирование является внешним двойником психосоматического нарушения (Grin, 1975). Пациенты с тенденцией к лекарственной зависимости, часто связанной с психосоматическими нарушениями, выражают свое стремление к действию в форме самолечения. Также, тщательно проработанные ритуалы некоторых сексуальных извращений могут компенсировать снижение сексуального возбуждения.

Хорошо известно, что физическое заболевание нарушает равновесие души и тела.

Обсуждая нарциссизм, Фрейд писал, что физически больной человек «утрачивает интерес к объектам внешнего мира, если они не имеют отношения к его страданиям. Более пристальное наблюдение учит нас, что он также устраняет либидинозный интерес из объектов любви: пока он страдает, он прекращает любить» (Freud, 1914, p. 82). В наших собственных целях стоит обратить внимание, что Фрейд не отличал органическое заболевание от ипохондрии в экономическом аспекте (т. е. в зависимости от количества психических затрат, которые данные состояния требуют от сознания). Ипохондрический пациент способен перерабатывать нормальный поток сенсорной информации не более, чем пациент, страдающий органическим заболеванием. В обоих случаях – как соматопсихическом, так и психосоматическом, – способность к психической переработке затопляется волной соматического возбуждения.

Некоторые подобные состояния могут наблюдаться и при так называемых нормальных заболеваниях.

Энгел определял (Engel, 1961) «нормальное заболевание» как состояние, которое удовлетворяет критериям заболевания и неизбежно возникает в нормальном жизненном процессе. Утрата, по Энгелу, является в основном нормальным заболеванием. Таким нормальным заболеванием Винникотт считал (Winnicott, 1956/1958) поглощенность своим материнством у только что родивших женщин. К другим примерам относятся пубертатный период, беременность, менопауза или климактерический период, а также нормальные заболевания пожилого возраста (например, легкий остеоартрит) (Wolman and Thomson, 1990). Эти состояния могут рассматриваться как заболевания или кризисы развития, по усмотрению исследователя (Jaques, 1965). Рассматривая как заболевания, их можно связывать в какой-то мере с той же трудностью психической переработки (т. е. процесса внутренней вербализации, символизации, повествования, и т. д.), которая более типична для психосоматических симптомов.

**Младенческий прототип психосоматических состояний**

Важность так называемых психосоматических реакций младенчества является признанным фактом. Анна Фрейд считала такие реакции физическими по своим проявлениям и эмоциональными по происхождению. Она пришла к выводу, что разрядка генетически заложенных аффектов происходит у младенца через тело; его физические переживания могут выражаться в аффективных состояниях. Такой легкий доступ тела к сознанию и наоборот считается нормальным для первого года жизни и становится патологическим лишь при сохранении по прошествии этого периода, когда открываются новые пути разрядки – через мысль, речь и действия (Anna Freud, 1971, p. 83).

Винникотт также рассматривал взаимоотношения души и тела на ранних стадиях как единый механизм или тесное взаимодействие. Он находил, что в раннем младенчестве «душа и тело не подлежат разделению, но нужно принимать во внимание направление, откуда происходит наблюдение» (Winnicott, 1949/1958, p. 244). Переживание можно характеризовать как физическую сущность или как мысленную переработку частей тела, телесных ощущений и функций. Винникотт пришел к интересному выводу, что наиболее ранние мыслительные функции работают в столь тесном контакте с телом, что «сознание не существует как самостоятельная единица в индивидуальной схеме вещей». Таким образом, психосоматика на его взгляд является как бы формой «проторазума» – переходным состоянием в развитии души.

Для наиболее ранних отношения матери и ребенка характерна легкость доступа сознания к телу и наоборот.

Маргарет Малер (Mahler et al., 1975), в числе прочих исследователей, рассматривает период, непосредственно следующий за рождением, как продолжение пренатальной жизни, и задачей в этот период является поддержание гомеостатического равновесия с помощью физиологических/cоматопсихических процессов в первую очередь. Согласно Винникотту, мать «учитывает чувствительность кожи младенца, его уязвимость при падении (действие гравитации), и отсутствие у него понятия о существовании чего-либо, кроме него самого» (Winnicott, 1960/1965, p. 49). Тот же автор говорит, что материнское объятие всегда предполагает соединение физического и психологического; мать обнимает (держит на руках) своего младенца как буквально, так и метафорически.

Акт рождения ребенка для матери объединяет ее физические и психологические ощущения в единое мощное переживание. Для младенца рождение представляет неизбежное психосоматическое состояние.

Фрейд всегда поддерживал точку зрения, что тревожные состояния имеют отголосок родовой травмы. Согласно Фрейду, рождение является прототипом «ситуации неудовлетворенности, при которой количество стимуляции возрастает до крайней степени, а их психическая разрядка или переработка не представляется возможной» (Freud, 1926, p. 137). Некоторые авторы размышляли над влиянием рождения на доэдиповы конфигурации и дальнейшее развитие личности. Менее противоречивый отклик получили комментарии Анны Фрейд (1952) относительно аналогии с перераспределением либидо, вызванным в результате болезней или перенесенных в детском возрасте операций.

**Патогенез психосоматических симптомов**

Большинство психоаналитиков сходятся во мнении, что психосоматический симптом не имеет символического содержания (т. е., не допускает множественной интерпретации) в той мере, в какой это присуще невротическому симптому. Он возникает в случаях, когда нарушено психосоматическое равновесие. Такая точка зрения соответствует взглядам Фрейда (1895/1894/, 1896, 1898, 1926). Однако по вопросу о происхождении такой несимволичности мнения исследователей расходятся. Были предложены несколько специальных механизмов и этиологических конфигураций.

Для Винникотта, критическим моментом в формировании причины несимволизации является диссоциация или расщепление между психикой и телом. Две половины психосомы начинают противостоять друг другу в результате беспорядочного материнства. По Винникотту, «Мышление человека вырывается вперед и берет на себя заботу о психосоме, тогда как для здорового человека эту функцию выполняет окружающая среда» (Winnicott, 1949/1958, p. 246). Далее, продолжает Винникотт, «душа человека подвергается «соблазну» ухода в сознание от той первоначальной тесной связи, которую она поддерживала с телом» (Winnicott, 1949/1958, p. 247). Это устраняет возможность непосредственного психосоматического сотрудничества и лишает тело какого-либо психического представительства.

Другие психоаналитики объясняли разрыв связи с позиций примитивных защитных механизмов. Сам Винникотт предлагает (Winnicott, 1949/1958) квази-параноидный механизм локализации сознания в голове, так что сознание воспринимается как враг.

Эта необычная идея не так далека от тезиса МакДугалл о яростном отречении или отмежевании, при котором все то, что лишено представительства в сознании, постепенно проявляется телесно. Позднее она выдвинула гипотезу о возможных довербальных ментальных представлениях, лишенных каких-либо вербальных связей в предсознательном функционировании (McDougall, 1985). Все возрастающий клинический опыт убеждал ее в том, что психосоматические состояния не обязательно являются дефектами или служат непременным доказательством отсутствия психических способностей, но представляют собой массированную защиту от нарциссистических или психотических страхов.

И Винникотт, и МакДугалл – оба апеллируют к идее физиологической регрессии. С этой точки зрения, любой психосоматический симптом рассматривается как возрождение инфантильного психосоматического состояния. Такой подход хорошо был описан Шуром.

Большей практической значимостью и большей очевидностью обладает физиологическая регрессия, подразумевающая возврат феномена разрядки, имевшего место в младенчестве. Неудача в десоматизации представляет физиологическую регрессию. Теперь мы можем установить другую связь: с одной стороны, упорядоченная двигательная деятельность, десоматизация и вторичные процессы; с другой – случайный отклик, задействование базовых вегетативных процессов и первичные процессы (Schur, 1953, p. 79).

Крайняя суровость таких механизмов (примитивных механизмов мышления, регрессии и т. д.) может быть результатом массированного психического травмирования.

Кристал убедительно показал (Krystal, 1968) высокую интенсивность психосоматической симптоматики у бывших заключенных концентрационных лагерей. МакДугалл отмечает, что «психосоматическая уязвимость значительно выше среди пациентов, которые в детстве переживали травмирующие события на стадии сепарации-индивидуации, описанной Малером» (McDougall, 1985б p. 115). Кристал говорит (Krystal, 1982) об ангедонии как о весьма полезном «маркере» для случаев посттравматической алекситимии. По его мнению, во всех прочих случаев, не связанных с травмой, большую роль играют конституциональные факторы.

МакДугалл выделяет (McDougall, 1980) две различные формы нарушения взаимодействий матери и ребенка, которые наблюдали парижские специалисты по психосоматике (Fain, 1971). В первой из них мать и ребенок настолько слиты в симбиозе, что для охраны сна вместо собственных примитивных мечтаний младенцу требуется мать. Второй паттерн таков, что «младенец раньше времени создает аутоэротический объект, который дает ему возможность расстаться с матерью» (McDougall, 1980, p. 364). Оба сценария подавляют нарождающуюся психическую активность младенца.

Этиологические соображения МакДугалл стимулируют ход мысли, но имеют умозрительный характер. Она полагает, что ранние доэдиповы нарушения инкорпорированы в «примитивной эдиповой ситуации, в которой мать хоть и не отвергает отца, но тем не менее относится к своему ребенку как к сексуальному дополнению или нарциссистическому продолжению себя самой, таким образом устанавливая специфические отношения с телесным Я своего ребенка (McDougall, 1985, p. 117; выделено авторами). Матери тех детей, которые в будущем демонстрируют соматизацию, большее внимание обращают на телесные симптомы детей, нежели на их эмоции, почти как если бы у матери и ребенка тело было одно на двоих. Отец, согласно утверждению МакДугалл, неспособен проникнуть в симбиоз матери-ребенка, но может служить моделью псевдонормальной генитальности во взрослом состоянии (McDougall, 1985).

**Психоаналитическое лечение психосоматических симптомов**

Существует фундаментальное различие между психосоматическими и психоневротическими симптомами. Несмотря на то, что защитные механизмы играют определенную роль в психосоматических состояниях, сам характер этой роли противоречив, а психосоматические симптомы не являются аналогами невротических. Психическая переработка в динамическом процессе способна заменить психосоматические симптомы психоневротическими (Thompson, 1991). По этой причине психоаналитик должен направлять свои усилия на отсутствующую психическую переработку у своих психосоматических пациентов. Грин считает (Green, 1975), что психоаналитик должен противопоставить относительной бессмысленности субъективного опыта таких пациентов объяснение «образов переработки», проводящих мысль, что «это может означать то». Решение этой задачи психоаналитическими методами можно проиллюстрировать двумя противоположными техническими приемами, применяемыми в двух клинических случаях Винникоттом и МакДугалл.

**Регрессивный метод Винникотта**

Винникотт пришел к выводу, что в лечении психосоматических пациентов необходимо использовать метод глубокой регрессии. Он хотел, чтобы пациент вернулся к точке, предшествовавшей психосоматической диссоциации, что, как отмечал Винникотт, становилось новым началом и «делало возможным развитие» (Winnicott, 1949/1958, p. 252). Не совсем понятно, как Винникотт способствовал регрессии, если не посредством отказа от интерпретирования. Он настойчиво просил пациентов сдерживать размышления, мешающие воспринимать сигналы тела. По крайней мере в одном случае эта методика, применявшаяся им на протяжении двух лет с 47-летней пациенткой, вызвала у нее глубокую регрессию, характеризовавшуюся яростными ударами себя по голове.

Для Винникотта такое поведение служило показателем восстановления инфантильного психосоматического нарушения в первоначальном состоянии. Причиной такого поведения могла быть травма, перенесенная в детстве, или даже родовая травма. Винникотт давал себе отчет о риске (например, самоубийства), связанном с таким уровнем регрессии. В то же время, он верил, что может удерживать (контейнировать) отыгрование в терапевтическом сеттинге до тех пор, пока пациентка не станет способна к психической переработке. Пока же он поддерживал внимания пациентки к физическим реакциям – к тому, что он называл ее «живым» состоянием, – запрещая думать о них. Он все еще избегал раскрытия бессознательных значений, пока они находились в «потенциальном состоянии» (т. е., пока они не были полностью зафиксированы в сознании).

Лишь после того, как пациентка начала выдавать спонтанные вербально оформленные оценки состояний своего организма, Винникотт приступил к интерпретации. Только в этот момент различные толкования ударов по голове – где голова, например, символизировала плохую мать, – могли быть исследованы во всей полноте. Со временем, это вызвало появление у пациентки головных болей, которые Винникотт воспринял как трансформацию психосоматического состояния в истерический симптом. На этом этапе он уже мог сказать пациентке, что то, о чем она рассказывала ему, относилось к заболевании ее сознания. Поскольку был преодолен разрыв между ее телом и душой.

**Нерегрессивный метод Макдугалл**

МакДугалл согласна с предположением Винникотта, что симптомы психосоматических пациентов становятся доступными интерпретации лишь после их так называемой «истеризации». Психосоматический симптом должен стать очагом патологического процесса для нового психического построения. Для решения этой задачи МакДугалл применяет метод, противоположный методу Винникотта. Вместо поощрения регрессии, она активно стимулирует вялое и заторможенное воображение пациента.

Сначала она просто поощряет пациента к поиску слов для соматических ощущений. Получив словесное описание, например, «я это чувствую, как будто на мои руки воздействуют электрические разряды», она кладет эту фразу в основу примитивной фантазии. Если пациент не может создать фантазию самостоятельно, она предлагает ему свою, основываясь на психоаналитической практике. Вместе с пациентом она разрабатывает лексикон прегенитальных образов, включающий, например, пенис-грудь, рот-влагалище, и так далее. Аналитический материал может быть «замусорен темами телесных повреждений, кровью и органами», которые «кажутся яростными, жестокими или странными, как если бы составлявшие их элементы долгое время находились в зачаточном состоянии» (McDougall, 1980, p. 398). На этой стадии целью «интерпретаций» МакДугалл является не раскрытие подсознательного смысла, а облегчение спонтанного создания фантазии.

В процессе своего рождения эти новые психические конструкции подвержены риску развития в психотическом или перверсивном направлении. В случае с пациентом МакДугалл «Полем» ее метод привел к трансформации его язвы желудка в квази-галлюцинацию груди, покрытой черными кратерами. В целях дальнейшего поощрения невротической эволюции, МакДугалл энергично интерпретировала эту проекцию как отказ пациента признать свое желание атаковать ее глазами. Такая интерпретация переноса и последующая ее переработка позволила трансформировать галлюцинацию в более истерическую по своему характеру «скотому», или «слепое пятно». По мнению МакДугалл, «атака внешнего мира с этого момента обрела направленность на себя самого. «Черные кратеры» на сосках превратились в черные точки в глазах пациента» (McDougall, 1985, p. 204).

Таким образом, с помощью почти психотического состояния, метод МакДугалл привел к трансформации психосоматического состояния в трансферентный невроз истерического типа. Она полагает, что соматическое нарушение пациента с этого момента можно было направить в психическое русло. Так, Поль теперь, был более склонен к выражению своей «боли» посредством тревоги за свою телесную целостность. Этот процесс иллюстрировал следующий сон, типичный для пациентов, для динамики которых характерно, что кастрационная тревога приобретает образ преследования пациента полицией. В этом сне Поль снимал с себя очки, чтобы полиция его не узнала. Снятие очков символизирует капитуляцию перед отцом и, более того, возвращает скотому. То, что его лицо изменилось, указывает на обретение способности к интернализации конфликта. Так, сон перерабатывает все соматические конфликты пациента в психическом ключе.

**Проблемы, связанные с лечением психосоматических состояний**

Вследствие сделанного Фрейдом вывода о том, что «актуальный невроз» не подвергался облегчению ни с помощью психологического анализа, ни применением психотерапии (Freud, 1895/1894), некоторые психоаналитики ставили под сомнение эффективность психоанализа при лечении психосоматических состояний. Их позиция исходит из того, что «такие пациенты просто не чувствительны к инсайтам, возникающим в психотерапии» (Krystal, 1982, p. 364; см. также Nemiah, 1978; Sifneos, 1974). Кристал пишет, что «неисчислимое количество психотерапевтов обнаружили полную тщетность такого обращения к пациенту с алекситимией: «Вы не позволяете себе испытать гнев (или любовь) по отношению ко мне». С тем же успехом можно упрекать пациента с цветовой слепотой в том, что он не видит красок» (Krystal, 1982, p. 375). Короче говоря, пациент не способен «видеть» (т. е. понимать и принимать к сведению) интепретации.

Вместе с тем, Кристал не настолько пессимистичен относительно общей стратегии лечения. Он выступает в пользу подготовительной фазы анализа (Krystal, 1982), которая служит следующим целям: 1) объяснение существа проблем пациенту; 2) повышение аффективной толерантности; 3) решение проблемы подавления заботы о себе рассматривая аффекты как сигналы, и 4) обозначение аффектов и поощрение вербализации. Прежде чем пациент сможет отдавать себе отчет о психических нюансах аффекта, он должен научиться идентифицировать и вербализировать свои физиологические реакции. Другие психоаналитики, включая тех, из практики которых в данной главе были продемонстрированы примеры, включают данную подготовительную фазу непосредственно в анализ, дожидаясь появления в переноса симптоматического комплекса психосоматических и психоневротических элементов, после чего приступают к интерпретации.

Вопрос об анализабельности психосоматических состояний оказался более спорным, чем казалось вначале (Thompson, 1988). Несмотря на то, что в особо тяжелых случаях пациенты зачастую не поддаются анализу, многие из них демонстрируют одновременное сочетание в разных соотношениях невротических, психосоматических и характерологических симптомов. Патология телесного Я также варьирует от почти аутистического декатексиса 4) до чрезмерной переоценки. У некоторых из пациентов психоанализ способен инициировать настоящие психические процессы. Как бы то ни было, его применение сопряжено с риском. Описанный выше пациент МакДугалл был на грани психоза, когда врач успешно решила задачу пробуждения его дремлющей души. У отдельных пациентов вместо обучения переживания сильных эмоций могут развиваться тяжелые и даже угрожающие жизни обострения их психосоматических заболеваний (Krystal, 1982; Thompson, 1991).

Подобного рода трудности отражают путаницу в сложном взаимодействии между душой и телом и между причинами и следствиями. В прошлом психоаналитики могли объяснять язву как мстительный «укус», который пациент должен был сделать самому себе, как в наказание за свое детское желание укусить материнскую грудь (Garma, 1950). МакДугалл и другие подчеркивали, что такие объяснения путают причину со следствием. Другими словами, вымышленные конструкции, построенные вокруг физического симптома постфактум, ошибочно принимались за источник симптома. Сегодня, многие психоаналитики рассматривают вероятную вторичность соматических защит, которые можно сравнить с вторичной переработкой или вторичной выгодой. В настоящее время психоаналитики более склонны рассматривать эти явления как сложные синергетические взаимодействия между сомато-психическим и психосоматическим векторами.

Подобные вопросы и проблемы поднимают более фундаментальный вопрос о пределах психоаналитического знания. Некоторые ограничения накладывает сам психоаналитический метод. Сила психоаналитического понимания отчасти состоит в том, что оно позволяет выявлять разрушительные соматические стимулы. Лечение проводится врачом в атмосфере легкой сенсорной депривации, вызванной взаимной физической неподвижностью, тишиной, приглушенным освещением, облокачивающейся позой, нейтральным декором помещения и минимальным визуальным контактом, составляющими обычную обстановку психоаналитических сеансов. Далее, регрессия, необходимая для психоаналитической работы, на первый план выдвигает внутреннюю жизнь воображения пациента. В какие-то моменты перенос повторяет сон, маскирующий органические стимулы ради сохранения возможности спать.

Это темное пятно, связанное с психосоматическими явлениями, может рассматриваться как контрперенос в его классическом смысле. МакДугалл отмечает (McDougall, 1980, p. 356), что обычный среди психоаналитиков контрперенос выражается в потере интереса к соматике, которая якобы находится вне «сферы влияния» психоаналитика. Чрезмерная психологизация – другая распространенная реакция. В этом случае врач может интерпретировать психосоматические жалобы пациента исключительно в психологическом ключе, отказываясь, таким образом, признавать их соматическую реальность для пациента. Панпсихический подход (т. е. высшая степень психического детерминизма) играет для врача ту же роль, что «цветовая слепота» – для пациента. Интересно, что Кристал связывает (Krystal, 1982) эти проблемы с невыявленной алекситимией самого специалиста.

Винникотт этот спорный вопрос представлял (Winnicott, 1949/1958) как ложную оппозицию сознания и психо-сомы. Это ложное раздвоение ведет к излишней концентрации психоанализа на мыслительной деятельности как на «вещи в себе», далеко отстоящей от телесных реалий. Энгел обратил внимание (Engel, 1962) на тот же дуализм сознания и организма в медицине. Подобно Винникотту, предостерегающему психоаналитиков от возможных соблазнов сознания, он пытается предостеречь практикующих врачей от чрезмерного увлечения биологией. Ни лагерь биологов, ни лагерь психологов не могут себе позволить игнорировать позитивное значение психосоматического симптома, поскольку он ведет «душу от сознания обратно к ее первоначальной связи с телом» (Winnicott, 1949/1958, p. 254; см также Winnicott, 1966). Суть призывов этих психоаналитиков состоит в возврате к психосоматическому измерению традиционного психоанализа.

Самой главной загадкой, возможно, является то молчаливое влияние, которое психосоматики оказывает на психоанализ в целом. Существует «актуальный» компонент (или, согласно более поздней терминологии Фрейда, «соматическое соответствие») большинства, если не всех, невротических симптомов, а отдельные психосоматические симптомы могут появиться в любом психоанализе. Травматический эффект соматопсихических эпизодов также может мешать психоаналитическому процессу (Schwartz, 1987). Тем не менее, доподлинно неизвестно, являются ли эти состояния отреагированием, неудачей контейнирования аффектов (например, на пике невроза переноса), или повторным переживанием до-вербального опыта.

Наконец, все эти соображения подразумевают развитие целей психоанализа за счет включения в них реконструкции детских психосоматических состояний, последствий заболеваний и хирургического вмешательства; использования снов для выявления соматических раздражителей; поощрения осознания физиологических изменений при смене настроений и аффектов; и проникновение в ранние схемы тела. Возросшая способность к самонаблюдению соматических сигналов дополняет навыки самоанализа психосоматической компонентой. После разрушения фантазии о телесном всемогуществе, в ходе самонаблюдения открываются неожиданные отрицавшиеся резервы, способствуя тем самым улучшению тестирования реальности. Кроме того, самонаблюдение позволяет обнаружить на раннем этапе явные признаки заболевания, что способствует улучшению не только физического, но и психологического состояния.

**Заключение**

Психоаналитическая терапия активно применяется в психосоматической медицине, но не стоит забывать о том, что для каждого пациента нужно подбирать индивидуальную терапию.

В психоанализе есть как плюсы, так и минусы, поэтому перед использованием данной техники стоит тщательно изучить историю психосоматического заболевания пациента. При неправильном использовании психоаналитическая терапия может привести даже к негативным последствиям, ухудшению состояния пациента.

**Список литературы**

* 1. В.Д. Тополянский, М.В. Струковская. Психосоматические расстройства. М., 1986.
  2. З. Фрейд. Толкование сновидений, – М.: Современные проблемы. 2005 г.
  3. З. Фрейд. Методика и техника психоанализа. – М.: Госиздат. 2005 г.
  4. З. Фрейд. Психология бессознательного. – М.: Просвещение. 2005 г.
  5. Т.П. Пушкина. Медицинская психология. Новосибирск, 1996.