

ПСИХОСОМАТИЧЕСКИЙ ПОДХОД И ЕГО ТРАНСФОРМАЦИЯ В РАМКАХ ПСИХОЛОГИИ ЗДОРОВЬЯ*

Ю.Г. ФРОЛОВА, кандидат психологических наук, доцент, и.о. зав. кафедрой психологии Белорусского государственного университета ©

В статье рассматриваются основные положения психосоматической медицины. Согласно данному подходу, психосоматическое заболевание можно представить как результат: конверсии на орган; регрессии на более раннюю стадию развития; следствие слабой работы защитных механизмов. Анализируются методологические и практические ограничения психосоматической медицины, которые привели в середине XX века к ее кризису: невозможность решить проблему специфичности; отсутствие убедительных эмпирических данных, свидетельствующих как о валидности самой теории, так и об эффективности психотерапии для лечения соматических расстройств; недостаточный учет роли социальных факторов и образа жизни в развитии заболеваний; невнимание к насущным проблемам здравоохранения. Психология здоровья, которая пришла на смену психосоматической медицине, основывается на предположении о том, что все личностные факторы могут воздействовать на здоровье индивида только через его поведение. Вместе с тем, в этом новом направлении не учитываются некоторые важнейшие достижения психоанализа в клинической области.

Ключевые слова: психосоматическая медицина, психология здоровья, образ жизни.

Психология начала развиваться как самостоятельная дисциплина в тот период, когда и в обществе, и в научной среде нарастало недовольство чрезмерным увлечением медицины биологическими теориями и методами лечения болезней. Создание новых препаратов и технологий позволило врачам достаточно успешно решать насущные терапевтические проблемы и одновременно привело их к осознанию ограниченной эффективности такого подхода, если оценивать его по критерию возвращения больного к полноценной жизни [1].

Поэтому неудивительно, что «пионеры» психологии заинтересовались вопросом о том, какую роль в возникновении болезней играют психологические факторы. Психоанализ стал первым направлением, в рамках которого была разработана концепция так называемых «психосоматических расстройств». В частности, Г. Амон пишет, что З. Фрейд в «работах по истерии и неврозу страха сформулировал ... концепции, до настоящего времени остающиеся основой психосоматических исследований» [2, с. 9].

Психосоматическому подходу уже более ста лет. За это время он претерпел серьезные изменения. Они, на наш взгляд, связаны не только с естественным для любой науки процессом накопления и систематизации эмпирических

данных, но и с изменением локуса общественного интереса в сфере здоровья. В результате психосоматический подход был поглощен во второй половине XX века новым научным направлением – психологией здоровья. В руководствах по психологии здоровья принято указывать, что психосоматическая медицина – это ее предшественник [3; 4], однако это своего рода «дань вежливости». Во-первых, теоретические истоки психологии здоровья, как можно судить и по первым публикациям, и по историко-аналитическим работам, лежат вовсе не в области психоанализа, а в когнитивном направлении социальной психологии, во-вторых, психология здоровья настолько критически осмыслила психосоматическую парадигму, что последнюю правильнее считать «антиисточником», объектом для критики, на отрицании которого строится новая концепция. Далее рассмотрим, какие факторы вызвали кризис психосоматической медицины, и в чем основное отличие ее теории от практики от таковых в психологии здоровья.

Большинство специалистов называют два основных направления психосоматики: психоаналитическое и психофизиологическое [1; 2; 5]. Однако, как уже указывалось выше, психоаналитический подход долгое время являлся ведущим.

* Статья поступила в редакцию 27 сентября 2007 года.

Он основывается на идее о возможности конверсии (т.е. преобразования энергии) при истерии, впервые высказанной З. Фрейдом. Нарушения сферы дыхания, произвольных движений и чувствительности, типичные для данного расстройства, могут быть интерпретированы аналитиком как символическое выражение определенного бессознательного конфликта. При этом в физическое нарушение трансформируется не сам комплекс представлений, характерный для конфликта, а связанный с ним аффект [6].

Все авторы, указывающие на работы Фрейда как на источник идей для психосоматической медицины, не забывают отметить и его сдержанное отношение к перспективам психологического объяснения органических заболеваний и вообще к раскрытию физиологических механизмов возникновения симптомов. Фрейд полагал, что психоаналитикам «следует учиться ограничивать себя психологическим образом мышления» [2, с. 9]. Не стоит заигрывать с эндокринологией и с другими физиологическими направлениями. Трудно сказать, чем объяснялась такая позиция, поскольку взгляды Фрейда на будущее психоанализа были достаточно противоречивыми. Можно предложить два объяснения: стремление сосредоточиться на терапевтической герменевтике, т.е. на понимающе-терапевтическом аспекте психоанализа, и скептическое отношение к возможностям современной Фрейду физиологии [2; 7].

Несмотря на это, уже в начале XX века многие аналитики приступили к исследованию психодинамических аспектов органических заболеваний. Так возникла психосоматическая медицина. Общий для всех ранних работ в данной области постулат заключается в том, что динамика бессознательных процессов может использоваться для объяснения генеза органических повреждений, а психоанализ является методом терапии, эффективным при лечении соматически больных. К числу наиболее известных представителей психосоматической медицины можно отнести Ф. Александера, Ф. Данбар, А. Гарма, Ф. Дойча. Эти ученые расширили применение принципа истерической конверсии, описанного Фрейдом для случаев, предполагающих поражение внутренних органов (см. выше). Они утверждали, что многие соматические заболевания представляют собой символическое выражение вытесненных конфликтов. В качестве типичных примеров назывались язва желудка и двенадцатиперстной кишки,

бронхиальная астма, нейродермит, ревматоидный артрит, гипертония, ишемическая болезнь сердца и сахарный диабет. В то время как истерии соответствуют обратимые конверсионные нарушения, в случае психосоматических заболеваний имеем дело с необратимым, но не менее символическим органическим процессом [5].

В более поздних работах предлагались и иные модели. Психосоматическое заболевание в рамках психосоматической медицины может быть понято как результат: необратимой конверсии на орган; нарушения работы механизмов психологической защиты; регрессии на ту стадию развития, когда психосоматические реакции являются типичными реакциями на трудности [2, 7].

Подлинным временем расцвета психосоматической медицины были 1930–50 годы. В этот период американские и европейские психоаналитики опубликовали огромное количество работ, посвященных генезу и терапии психосоматических заболеваний. Затем интерес к психосоматическим концепциям в клинике внутренних болезней начинает снижаться. Те же теории, которые сохранили свое влияние и во второй половине XX века, уже нельзя назвать психоаналитическими в полном смысле этого слова. Такова, например, теория психосоматической специфичности, разработанная Ф. Александером.

Проблема специфичности является центральной для всей психосоматической медицины. В процессе разработки теории необходимо решить вопрос о том, почему определенные факторы привели к возникновению именно этого симптома и именно у этого человека. Является ли выбор органа случайным, или же он определен особенностями личности и образа жизни? К чему применимо понятие специфичности – к конфликту, аффекту, типу личности? Фрейд понимал симптомы истерии как символическое выражение конфликта влечений. Эта символика не слишком сложна и вполне «прозрачна» для аналитика (недаром позже немецкие психоаналитики Х. Томэ и Х. Кэхеле сравнят истерию с «представлением в балагане» [7]). Например, истерическая слепота может быть понята как нежелание видеть, а истерическая рвота – как символическое выражение отращения к человеку или ситуации. Невротический симптом формируется по аналогии с символами сновидений и отражает судьбу связанного с вытесненным влечением представления.

Такое понимание символики при истерии

неоднократно подвергалось критике, поскольку при каждом заболевании существуют как индивидуальные, так и типичные симптомы. Например, при истерии типичными симптомами будут ощущение «комка в горле», анестезии по типу «перчатки», головокружения. Следует ли думать, что у всех больных с подобными нарушениями есть нечто схожее в содержании переживаний?

Психоаналитики на эту критику обычно отвечают, что смысл символики расшифрован правильно, если эта интерпретация способствует облегчению страданий у клиента. Однако в ответ звучат возражения, что любой вариант интерпретации может принести пользу, поскольку позволяет ввести страдание в смысловой контекст [8; 9]. Аналогичным образом, человек, какое-то время страдавший от непонятных ему симптомов, может испытать облегчение, узнав свой диагноз, и даже перестать лечиться. Однако, невзирая на критику, многие представители психосоматической медицины продолжают рассматривать символику органических заболеваний именно в духе «раннего» Фрейда.

Именно с проблемой специфичности связаны первые неудачные попытки эмпирически проверить концепции возникновения психосоматических расстройств. В частности, Ф. Александер пишет: невозможность выявить у всех больных с заболеваниями желудочно-кишечного тракта один и тот же бессознательный конфликт привела его к мысли о необходимости сформулировать новую теорию [10].

Появление теории специфичности (которая была весьма позитивно встречена в медицинском мире), ознаменовало переход психосоматических исследований в плоскость изучения психофизиологических закономерностей. Сама по себе теория, может быть, и не была революционной, однако в ней очень четко отражены новые веяния в науке, в частности, появление теории стресса.

Ф. Александер утверждал, что возникновению психосоматического заболевания способствуют три фактора: органический, эмоциональный и ситуативный. Каждый из них специфичен для конкретной болезни. Органический фактор выражается в наследственном или приобретенном повреждении органа, эмоциональный – в наличии хронического конфликта между разнонаправленными влечениями, например, между стремлением к близости с кем-то и страхом потерять самостоятельность (специфичной здесь является определенная эмоция, сопровож-

дающая конфликт), ситуативным фактором является особая стрессовая ситуация, которая обостряет именно вышеуказанный конфликт [10].

По сути, это первая многофакторная теория возникновения болезни в психосоматике. Здесь возникает своего рода интрига – какой фактор будет главным – но уже очевидно, что стресс будет рассматриваться как основной механизм в развитии заболевания. Заметим, что сама теория стресса до сих пор недостаточно разработана, ее статус остается весьма проблематичным, особенно в области психологии. Подобно использовавшимся в психоанализе понятиям «энергии», «аффекта» и «влечения», понятие «стресса» является многослойным конструктом, позволяющим скрыть отсутствие должной теоретической проработки механизма психосоматического взаимодействия. И в психоанализе, и в теории стресса «переход» с психологического на телесный уровень осуществляется за счет использования подобных «многослойных» понятий, имеющих несколько значений. Так, стресс – это и физиологическая реакция, и эмоциональное состояние человека [7; 11].

Хотя теория Александера получила широкую известность, все же в настоящее время она имеет скорее историческую ценность. В чем же причина кризиса психосоматической медицины?

1. *Психоанализ не смог представить убедительные доказательства ни в отношении влияния психологических диспозиций на болезнь, ни в отношении эффективности своей терапии в случае соматических расстройств.* В результате во второй половине XX века в психологии укрепляется точка зрения о том, что психологические диспозиции связаны с возникновением болезни не прямо, а опосредованно – через поведение [3]. Большая или меньшая подверженность стрессам также относятся к характеристикам стиля жизни. Внимание психологов переключается с поиска внутриличностных, с трудом операционализируемых факторов, к хорошо контролируемым поведенческим факторам.

Большинство исследований в психосоматической медицине проводились без формирования контрольных групп, в сообщениях о результатах не обсуждались вопросы валидности, правомочность альтернативных гипотез. В рамках психоанализа делались попытки ответить на критику в том духе, что успешное лечение при помощи аналитического метода само по себе является доказательством обо-

снованности теоретических концепций (действительно, Фрейд и многие его последователи утверждали, что психоанализ – это наука не о болезнях, а о лечении). Однако эффективность психоанализа в случае хронических заболеваний внутренних органов остается весьма невысокой, что подтверждают и сами психоаналитики. Более того, они приходят к заключению, что «психоаналитический метод, если он применяется как терапевтическая техника, обращен к психическим переживаниям пациента, а не к его телу» [7, с. 648]. Терапия образа тела может способствовать излечению, но лишь в том случае, если он патологичен и ведет к эмоциональному страданию и поведенческим нарушениям. В результате, с появлением более быстрых, дешевых и эффективных методов лечения врачи начинают все меньше и меньше интересоваться психоаналитическими концепциями.

2. Психоаналитическая теория всегда подвергалась критике за свою *асоциальность*. Во второй половине XX века, когда поддержание здоровья нации начинает рассматриваться как важная общественная задача в развитых странах, большой интерес вызывают концепции, которые можно использовать для одновременной помощи большим группам населения и которые учитывают роль экономических условий, культурных норм и других социальных факторов в развитии заболеваний.

3. *Распространение новых идей относительно сохранения здоровья, связанных с понятием «факторов риска»*. От однофакторной модели болезни медицина окончательно переходит к использованию многофакторной модели. Согласно данной модели, любое заболевание является результатом совместного действия огромного количества потенциальных причин, значимость которых определяется посредством статистических процедур. Масштабные эпидемиологические исследования показали, что важный вклад в статистику заболеваемости вносят поведенческие факторы. Многофакторная модель здоровья лишает значимости любую теорию, в которой постулируется влияние только одной причины на возникновение болезни. В целом ученые, работающие в рамках психологии здоровья, теряют интерес к формированию этиологических концепций и сосредотачивают свое внимание на поведении и самочувствии человека. Они принимают медицинскую модель болезни как данность.

4. Вместе с идеей факторов риска в медици-

не и смежных с ней науках утверждается и идея профилактики, однако психоанализ всегда был более заинтересован вопросами лечения, нежели предотвращения болезней. *Психоанализ остался равнодушным к острым вопросам медицины XX–XXI веков – проблемам распространения венерических инфекций, СПИДа, онкологических заболеваний, наркомании.*

К сожалению, с потерей интереса к концепциям психосоматической медицины были незаслуженно забыты некоторые важнейшие достижения психоанализа в клинической области, а именно положения о том, что любое заболевание имеет для человека определенный личностный смысл, который влияет на процесс лечения, о роли тела в формировании Я и о влиянии образа тела на здоровье и поведение человека.

Таким образом, различие психосоматики и психологии здоровья можно представить как различие осмысливаемого и внешне наблюдаемого, внутреннего и внешнего, индивидуального и общественного, лечения и профилактики, клинической практики и политики здравоохранения.

ЛИТЕРАТУРА

1. Основы клинической психологии / Под ред. Б.Д. Карвасарского. СПб., 2004.
2. Аммон, Г. Психосоматическая терапия / Г. Аммон. СПб., 2000.
3. Health Psychology: Theory, Research and Practice / Marks D.F., Murray M., Evans B., Wilig C. London, 2000.
4. Bernard, L.C., Crupat, E. Health Psychology: Biopsychosocial Factors in Health and Illness. Harcourt Brace College Publishers, 1994.
5. Николаева, В.В. Влияние хронической болезни на психику / В.В. Николаева. М., 1987.
6. Фрейд, З. О психоанализе // З. Фрейд. О клиническом психоанализе. М., 1991.
7. Томэ, Х. Современный психоанализ. В 2-х т. / Х. Томэ, Х. Кэхеле. М., 1996.
8. Подорога, В. Феноменология тела: Введение в философскую антропологию / В. Подорога. М., 1995.
9. Тхостов, А.Ш. Психология телесности / А.Ш. Тхостов. М., 2002.
10. Александер, Ф. Человек и его душа: познание и врачевание от древности до наших дней / Ф. Александер, Ш. Селесник. М., 1995. С. 552–571.
11. Тищенко, П.Д. Психосоматическая проблема (объективный метод и культурологическая интерпретация) // Телесность человека: междисциплинарные исследования. М., 1993. С. 28–38.