

Решетников Михаил Михайлович,
д.п.н., к.м.н., профессор,
ректор Восточно-Европейского Института Психоанализа,
Санкт-Петербург, Россия

ПСИХИЧЕСКАЯ ТРАВМА В ГЕНЕЗЕ ПСИХОСОМАТИКИ¹

Связь психических травм и всего, что касается психосоматических расстройств, пока мало осмыслена, а обилие новых теорий не слишком увеличило сумму прагматического знания. В кратком сообщении предпринимается попытка (в весьма упрощенном виде) представить психоаналитические подходы к проблеме, которые в отечественной медицине на протяжении длительного периода времени игнорировались. Мы начнем с сопоставления физических и психических травм, и затем обратимся к их общебиологическим закономерностям. Одновременно я попытаюсь расширить представления читателя о некоторых аспектах психоаналитической теории травмы.

В обыденном, впрочем, как и в сугубо медицинском понимании, понятие «травма» соотносится преимущественно с телесным повреждением или нарушением целостности тела, следствием чего является «раневой процесс», приводящий к выздоровлению или (в случаях тяжелых) к инвалидизации. Из курса хирургии мы знаем, раны бывают открытыми и закрытыми, зияющими, септическими и осложненными вторичной инфекцией, заживающими первичным или вторичным натяжением, не оставляющими последствий или завершающимися тяжелыми (келоидными) рубцами, как правило, требующими дополнительного хирургического вмешательства (с нанесением, по сути, новой раны, но уже в безопасных условиях хирургического отделения и при минимизации боли). Некоторые (легкие и поверхностные) травмы остаются, фактически, незамеченными. Любой психотерапевт найдет здесь множество аналогий. Но мы не должны упустить главное: основное различие между легкой и требующей лечения травмой заключается в том – был ли превышен некий порог воздействия и нарушен некий защитный «барьер» – тела или психики. И, безусловно, не случайно такой «барьер психики» получил у Фрейда (по аналогии с кожей) первоначальное метафорическое наименование «покрытия».

Апеллируя к общебиологическим закономерностям, мы не можем не вспомнить физиологическую концепцию Клода Бернара о стабильности внутренней среды организма, получившей дальнейшее развитие в работах Уолтера Кеннона о гомеостазе. Если сформулировать суть этих концепций предельно кратко: все, что нарушает стабильное состояние внутренней среды, вызывает реакцию, направленную на восстановление этого стабильного состояния. При этом попавшие в организм инородные тела и ткани отторгаются (и психоаналитик легко найдет еще одну метафорическую аналогию – «вытесняются» из сознания, но не из психики). Примечательно, что Кеннон, будучи физиологом, существенно расширил диапазон его исследований и гипотез, и вслед за его сугубо физиологическими работами последовали: «Телесные изменения при боли, голоде, страхе и ярости» (1915), «Травматический шок» (1923) и затем широко известная – «Мудрость тела» (1932), где физические, физиологические и психологические факторы, как видно даже из наименования работы 1915 года рассматриваются как равнозначные.

Применив понятие гомеостаза к феномену испуга, Кеннон обобщенно интерпретирует реакцию на него также в поведенческих терминах: «бегство или борьба». Фрейд в своих теоретических подходах также исходит из принципа константности психики, которая, как и внутренняя среда

¹ Глава из книги «Психическая травма: история, теория, клиника, диагностика, терапия», готовится к выпуску Восточно-Европейским Институтом Психоанализа в апреле 2006 года.

организма, стремится к поддержанию стабильного состояния, и характеризует реакции психики на внешние воздействия в терминах «удовольствия – неудовольствия», с естественным стремлением к первому и избеганию второго, крайним вариантом которого является душевная боль. Специфично, однако, что в отличие от физической травмы, которая всегда является внешней, психическая травма может иметь интрапсихическую природу, то есть – фактически, психика наносит травму сама себе («продуцируя» определенные мысли, чувства, воспоминания, переживания и аффекты). И второе существенное отличие – психическая травма невидима, в некотором смысле – неverifiedируема, и объективизируется для окружающих лишь по ее «косвенным» признакам (вербальным, мимическим, идеомоторным и поведенческим). Особое внимание следовало бы уделить ситуациям, когда «бегство и борьба» (физиологическое отреагирование) оказывается невозможным (например, как в Беслане), и травма исходно переходит на психический уровень отреагирования, провоцируя мощную разрядку напряжения через соматическую сферу, о чем еще будет сказано ниже.

Главным – и клиническим, и бытовым, – признаком травмы является боль, причем – и для физической и для психической травмы. При этом интенсивность душевной боли, которую, как и физическую, мы пока не умеем измерять, ничуть не меньше, скорее наоборот: она может буквально разрывать тело на части, человек корчится и кричит от этой боли, наносит себе физические повреждения, страдание от которых ничто по сравнению с болью психической. Иногда он готов даже убить себя – лишь бы избавиться от этой боли¹.

Рефлекторная реакция на физическую боль – отстранение, избегание, бегство. Но основная функция боли все-таки информационная – она сообщает нам, что произошла травма и одновременно запускает механизмы, направленные на исцеление или обеспечивающие выживание, а также формирует соответствующий опыт («защитные поведенческие реакции») для предотвращения подобных эксцессов в будущем. Психическая боль также информирует о чем-то. О каком-то внешнем или интрапсихическом неблагополучии, как правило, связанном с ситуацией утраты. Первая научная теория психической появляется в 1893 году в «Предварительном сообщении» Фрейда и Брейера к книге «Исследования истерии», которая только через 112 лет была впервые издана нами на русском языке и уверен, что эта работа, определившая целую эпоху в современной психиатрии и психологии, все еще незнакома подавляющему числу специалистов. Примечательно, что все исследования Фрейда и Брейера базировались в тот период исключительно на «обыденных жизненных ситуациях» или, как сказали бы сейчас – «бытовой психической травме», нюансы которой столь малы, что разглядеть их общие закономерности можно было только через призму гениальности. В этой же работе впервые описываются психологические защиты, и в частности – феномен вытеснения. Уже после 1-ой мировой войны, легализовавшей понятие травматического невроза, Фрейд вновь возвращается к концепции травмы в работе «По ту сторону принципа удовольствия» (1920), которая лишь в 70-х годах XX века стала одним из основных источников для разработки диагностических критериев посттравматического стрессового расстройства (DSM-III). Мы можем сколько угодно гордиться нашими современными достижениями, но знаниями о том, что наши пациенты страдают преимущественно от воспоминаний; что для исцеления необходимо воспроизведение травмы как бы «здесь и сейчас», и ее отреагирование с разрядкой заблокированных эмоций; что психическую травму может вызвать любое переживание, провоцирующее аффект и прежде всего – ситуации утраты, страх и стыд; что исход пережитого всегда зависит от уязвимости конкретного человека; что ряд мелких или частичных травм могут суммироваться и затем оказывать кумулятивный эффект – всем этим мы обязаны Фрейду. И это еще далеко не все.

¹ Здесь невольно возникает ассоциация: как странно, что, имея одну из самых развитых в мире хирургических и травматологических служб для пострадавших от физических травм, мы все еще с таким униженным пренебрежением относимся к травмам психическим.

Вне психоанализа нередко весьма примитивно воспринимается введенное Фрейдом гипотетическое понятие «психической энергии». Для пояснения обратимся к лекции, которую Фрейд провел в Венском медицинском обществе в 1895 году. С высоты современного знания мы увидим здесь и то, как теория Клода Бернара, с которым Фрейд поддерживал теплые отношения, была применена для объяснения психических феноменов, так и то, как более поздние открытия уже упомянутого Уолтера Кеннона о физиологическом гомеостазе (1915), фактически, в завершённом виде были разработаны Фрейдом (которые я постараюсь передать в изложении современным языком).

Если человек получает какое-либо яркое впечатление (позитивное или негативное – несущественно), в его психике увеличивается «нечто», что Фрейд называет «суммой возбуждений». И тут же начинают действовать механизмы (реализуемые и интрапсихически, и обеспечивающие отреагирование вовне), направленные на уменьшение этой «суммы возбуждений» в интересах сохранения психического здоровья. Например, если человека ударили, он, чтобы снизить возбуждение, скорее всего, нанесет ответный удар, и это принесет ему некоторое облегчение. Но реакция может быть и иной, особенно, если нанести ответный удар некому или невозможно (например, при стихийном бедствии или в случае захвата в заложники), и тогда ответной реакцией может быть плач, чувство бессильной ярости и т.д. Но реакция присутствует всегда, и чем интенсивнее травма, тем сильнее ответное внешнее действие или внутреннее переживание. Далее Фрейд приводит известную фразу о том, что тот человек, который впервые поразил своего врага вместо дротика бранным словом, был основателем цивилизации, и констатирует, что *слова могут заменять собой дела, а применительно к внутренним переживаниям – являются единственным эквивалентом и заменителем*. И, дополним: таким образом, позволяют осуществлять разрядку чрезмерного психического возбуждения.

Мы, по прежнему, не сильно продвинулись в понимании того, что же есть это увеличивающееся в психике «нечто», но более чем 100-летняя практика психоанализа (впрочем, как и всех других методов психотерапии) подтверждает правоту Фрейда и реальность вскрытых им механизмов. Это и составляло первую и самую главную модель психоанализа, которая остается ведущей и преобладающей до настоящего времени. Вторая модель была воспринята более скептически, в частности, имеется в виду концепция «либидо», в котором большинство склонно видеть почти исключительно сексуальный смысл, в то время как речь идет преимущественно о «жизненной энергии» и том, что в совокупности может быть охарактеризовано как «влечение к жизни»¹. Третья терапевтическая модель принадлежит уже современности и связана с межличностными («объектными») отношениями, которым в настоящее время посвящены сотни монографий. Но это уже слишком специальная тема.

Вернемся к этому «нечто» (несколько забегаая вперед, отметим, что психическое возбуждение и нервные разряды в соматической сфере – это, конечно же, не одно и то же, хотя эти две «линии» нередко взаимосвязаны и пересекаются). В тех случаях, когда возросшая «сумма (психических) возбуждений» не может быть отреагирована (в том числе – вербально), начинают функционировать защитные механизмы, главным из которых является вытеснение (в данном случае – имеется в виду вытеснение из сознания переживаний, о которых, по образному выражению Фрейда, и забыть нельзя, и помнить – невозможно). Как «функционирует»

¹ Примечательно, что, как после индивидуальных, так и после массовых психических травм сексуальность потерпевших, как правило, существенно увеличивается и одновременно «растормаживается», проявляясь в промискуитетном поведении, появлении или росте проституции, семейных драмах и т.д. Это особенно явно проявлялось в Белоруссии после Чернобыльской катастрофы (1986), где радиоактивное заражение было минимальным (а травма населения была в значительной степени чисто психологической), и Армении после Спитакского землетрясения (1988).

вытеснение? Поскольку «сумма возбуждений» присутствует и не может быть отреагирована, защитные механизмы трансформируют эту энергию в «нечто соматическое». Происходит то, что в психоанализе получило название «конверсии». Так как нам по-прежнему неизвестно объективное содержание этого «нечто», то – весьма условно – можем сказать, что происходит преобразование «психической энергии» в «нервную энергию» или «энергию иннервации органов или тканей», и при этом – необычной иннервации (не такой, как всегда, можно сказать – «искаженного типа», «залповой» и чрезвычайно мощной), разрядка которой осуществляется в соматической сфере. При этом для большинства конверсионных симптомов характерно символическое значение, что находит свое тысячекратное подтверждение в практике: обида, которую человек не смог «проглотить» может вызывать нарушения именно в сфере «глотания» (в самом широком диапазоне – от непрерывного «заедания» травмы до отказа от пищи); то, что другой не смог «переварить» проявиться в симптомах заболевания желудочно-кишечного тракта; принятое «близко к сердцу» будет иметь ту же локализацию; от обиды и унижения можно «просто задохнуться», «угрызения совести» могут «загрызть» насмерть; а за нарушениями речи нередко скрывается то, о чем невозможно рассказать или тяжелая травма, полученная в довербальный период развития ребенка, которая исходно вообще не могла быть осмыслена и вербализована.

Несмотря на то, что соматизация способствует (пусть и патологическим путем) разрядке возникшего психического напряжения, в той инстанции психики (опять же – гипотетической), где произошла «трансформация» одной энергии в другую, формируется специфическое «ментальное ядро» или «пункт переключения», ассоциативно связанный со всей имеющейся в памяти «атрибутикой» полученной психической травмы. И это «ядро» будет активизироваться каждый раз, когда будет появляться любой стимул, хотя бы отдаленно напоминающий полученную ранее психическую травму, одновременно запуская патологические механизмы отреагирования. И здесь мы находим еще одно объяснение более поздних разработок Фрейда, в частности, феномена «навязчивого повторения» - в психической и поведенческой сфере, и одновременно обнаруживаем механизм «подпитки» соматических эквивалентов. Таким образом, травма не может существовать без памяти, а наши пациенты страдают преимущественно от воспоминаний или патологических паттернов поведения, реализуемых бессознательно (на психическом, поведенческом и соматическом уровнях, обострение патологических процессов в каждом из которых закономерно активизирует все остальные). Но поскольку воспоминания принадлежат, в первую очередь - сфере психического, то наша терапевтическая задача состоит в том, чтобы «сделать бессознательное сознательным», и разорвать сформировавшийся «порочный круг».

Фрейд отмечал, что наши пациенты не только постоянно находятся в плену болезненных переживаний отдаленного прошлого, но и отчаянно цепляются за них, потому что они обладают некой особой (пусть и трагической) ценностью¹. В ряде случаев они не только не могут освободиться от этого (ужасного или даже мерзкого) прошлого, но готовы ради него отказаться от настоящего и будущего – и вообще от всего, что происходит в реальности. Происходит то, что Фрейд назвал «фиксацией» на травме, которая может простирается на многие месяцы и годы, а иногда – на всю жизнь. Эту точку фиксации не так уж просто найти, даже имея солидную терапевтическую подготовку. И даже в тех случаях, когда, например, массовая травма, вроде бы – одна и та же – на всех, точки фиксации все равно будут разными, потому что у каждого травмированного есть своя (предшествующая травме) история развития, собственный (неповторимый) аффективный фон и особое восприятие реальности, вернуть пациента к которой (или освободить его от оков прошлого) - составляет самостоятельную терапевтическую задачу. Лечение только от соматического (конверсионного) страдания без

¹ Показателен пример одной из моих пациенток, которая, находясь в полном отчаянии от горя, несмотря на то, что я не предпринимал никаких побуждающих ее к чему-либо интервенций, кричала во время сессий: «Не смейте прикасаться к этим воспоминаниям! Они – мои!» (М.Р.).

апелляции к психическому травматическому опыту в подобных случаях можно сравнить с симптоматическим лечением диареи при холере. Применение психофармакологических средств, безусловно, необходимо, так как прежде чем прикоснуться к зияющей ране (физической или психической) всегда нужно вначале прибегнуть к обезболиванию. Изолированное применение психофармакологии также возможно, особенно если есть надежда, что «заживет и само» и присутствует мало обоснованная уверенность специалиста, что все наши проблемы имеют некое химическое решение. Когда появятся таблетки от ненависти, зависти, любви и т.д., я тоже в это поверю.

Я не уверен, что мне все удалось прояснить в кратком сообщении, и надеюсь, что мои коллеги будут снисходительны за существенные упрощения или недостаточную убедительность аргументов. Вне сомнения, большинство из них трудно понять и принять, но лишь до тех пор, пока вы не встретите их ежечасное подтверждение в своей практике.