

## **КОЖНЫЕ БОЛЕЗНИ: ПСИХОДИНАМИЧЕСКИЙ АСПЕКТ ПАТОГЕНЕЗА**

*А.В. Штрахова*

Представлены результаты теоретического анализа базовых положений психоаналитического направления в психологии применительно к задаче изучения кожных заболеваний как достоверной модели психосоматических расстройств. С психоаналитических позиций описаны функции кожи в норме и при патологии, объяснены основные клинические симптомы заболевания, уделено внимание психологии телесности как одной из теорий психодинамической направленности, применительно к задачам психологического исследования больных с кожными заболеваниями.

Ключевые слова: психосоматические расстройства, психодинамика, психология телесности, телесный образ я, границы телесности.

Кожная патология (дерматозы) является одними из заболеваний, приносящих не только телесные страдания, но и психологический дискомфорт. Характерная клиника этих расстройств, протекающая с зудом, поражением не только закрытых от внешнего взгляда, но и открытых участков кожи упорным, имеющая хронический и рецидивирующий характер, часто сопровождается невротическими расстройствами, снижением или утратой трудоспособности, социальной дезадаптацией и ухудшением качества жизни больных.

Больные достаточно часто связывают появление заболевания с психогенными и психотравматическими факторами, а также психосоциальными факторами, прежде всего – особенностями межличностных отношений, особенно в детском возрасте (отношений с матерью, разлукой с ней, или, наоборот, появлением людей, имеющих для больных большую эмоциональную притягательность и др.).

Вышеизложенное подчеркивает актуальность исследования психосоматического аспекта таких заболеваний, наиболее типичные из которых, например, атопический дерматит, справедливо признается как типичная модель психосоматического страдания [1, 2].

В психоанализе одним из ключевых факторов этиопатогенеза психосоматических расстройств, и кожных заболеваний, в частности, признается наличие эмоционального конфликта, специфика психологической структуры личности и динамики ее отношений и другие важных в психодинамическом плане факторы [2].

С позиций психоанализа выделяются четыре базовых (имеющих значение для развития дерматозов) функции кожи:

1) покровный слой организма, выполняющий защитную функцию. Воспринимая внешние и внутренние стимулы, трансформируя их. При этом вазомоторные реакции кожи выполняют роль своеобразной «брони» против вытесненных импульсов, что может являться пусковым фактором появления дерматозов;

2) кожа как важная эрогенная зона, которая в ответ на повторяющееся неоднократное вытеснение либидонозной потребности претерпевает изменения, которые могут рассматриваться как внешние соматические эквиваленты конфликта;

3) кожа как видимая поверхность организма, на которой происходит выражение конфликтов, связанных с эксгибиционизмом (проявления бессознательных конфликтов, обнаруживаемые в фобиях по поводу своей внешности, необходимости общения и публичности);

4) кожа как поверхность для отображения соматических эквивалентов тревоги, формирующейся вследствие неспособности человека адекватно отреагировать собственное напряжение, что амбивалентно вызывает потребность отвержения ее и необходимость защиты от нее, а также появление зуда как ответа на нарушения «психодинамического» равновесия [2, 6, 9].

Основываясь на базовом положении теории Ф. Александера о ведущей роли в патогенезе психосоматических заболеваний всеобщих и, в то же время, специфичных неосознанных эмоциональных конфликтов, следует признать, что в случае дерматозов, сопровождающихся саморасчесами, специфическим (как в психодинамическом, так и патогенетическом понимании) фактором должно рассматриваться подавление агрессивных и сексуальных тенденций при невозможности самостоятельно контролировать собственные эмоциональные устремления [1]. С такой точки зрения, зудя-

щие дерматозы являются достаточно информативной иллюстрацией другого положения теории Ф. Александера – включение врожденных либо приобретенных патофизиологических расстройств в патогенетические механизмы психосоматических нарушений в качестве «промежуточного» звена – между сугубо психологическими (в частном случае – специфическими эмоциональными конфликтами) и сугубо соматическими механизмами. Влияние этого промежуточного звена, объединяющего в себе физиологические и нервно-психические связи регуляции деятельности организма, провоцируется и поддерживается, с одной стороны, психогенными факторами, и с другой стороны, при длительной ретенции, приводит к реальным морфологическим изменениям органа [8]. Именно психофизиологический фактор поддерживает существование известного в клинической практике «порочного круга» взаимосвязи симптомов. В частности, при дерматозах постоянное расчесывание под воздействием стресса ведет к изменению структуры и целостности кожного покрова, а также кожной чувствительности к внешним раздражителям [5], что, в свою очередь, добавляет соматический компонент к ранее сформировавшемуся психологическому стимулу для расчесывания.

Представляется, что именно психодинамический подход к оценке функций кожи, выявление специфического эмоционального конфликта и психодинамических механизмов подавления импульсов сексуальности, тревоги и враждебности позволяет обоснованно рассматривать специфическую роль психофизиологического фактора в поддержании формирующегося при нейродермите «порочного круга», основанного на действии механизмов «десоматизации – ресоматизации».

Психодинамические представления о мультифакторной природе этих расстройств содержат в себе точку зрения на то, что расчесывание при таких дерматитах представляет собой эротизированный способ справиться с агрессией [4]. При этом расчесывание не всегда вызвано зудом, а является своеобразной моторной разрядкой состояния психогенного эмоционального напряжения. Такое расчесывание на фоне отсутствия зуда, тем не менее, может спровоцировать появление зуда как за счет механических повреждений, так и за счет актуализации механизмов описанного выше «порочного круга». В некоторых случаях пациенты «совершенствуют» свою «технику расчесывания», с помощью которой вызывают ощущение умеренной боли, сопряженной с появлением переживания чувства удовольствия, что может быть проинтерпретировано как эквивалент мастурбации.

Существует мнение, что некоторые дерматозы могут быть связаны с кожной эротикой, поскольку особенно часто возникают и рецидивируют там, где почву для них подготовила конституционально повышенная эротичность [5]. При этом зуд и расчесывание предоставляют возможность для кожного эротического удовлетворения, а применение мази также может быть направлено на удовлетворение эротических потребностей [13].

На примере психоаналитических представлений о роли кожи в формировании расстройств психосоматического спектра прослеживается специфика многих аспектов человеческой сексуальности. Так, оральная эротика в генезе кожных расстройств проявляется на первом году жизни, поскольку либидинизация кожных покровов приводит у ребенка к усилению потребностей, в удовлетворении которых он получает от матери отказ. Значение анальной эротики при многих кожных заболеваниях несомненно, поскольку пациенты считают себя «грязными», «испачканными», испытывают потребность отмывать свою кожу, держать ее в чистоте. Расчесывание приводит к появлению амбивалентных ощущений мучительной болезненности и, одновременно, чувства удовольствия, которые дополняются выполняющими роль наказания представлениями о себе неприглядном или уродливом человеке.

При таком варианте патогенеза кожных заболеваний как психосоматического расстройства очевидно проявляются садомазохистские тенденции, присутствующие почти у всех пациентов с зудящими дерматозами. Так, внезапное возникновение псориаза может наблюдаться у лиц с обращенными против собственного Эго садистическими импульсами, при том, что псориаз, собственно, не является «конверсионным симптомом», поскольку при этом не получившие разрядки конкретные садистические усилия воздействуют на кожу через нарушение химических и нервных процессов в коже. Кожные симптомы при псориазе также могут также рассматриваться как отступление к пассивности, а с учетом их традиционной локализации – к мазохистскому эксгибиционизму симптомов [4]. В тоже время такие пациенты стремятся избежать демонстрации пораженных областей кожи, что свидетельствует не только о наличии у них сформированного повышенного чувства стыда, но и имеющейся у них выраженной защите от эксгибиционистских тенденций.

Пациентам с дерматозами присущи переживания подавляемой ими импульсов враждебности по отношению к своим семьям, чувство своей неадекватности, депрессивности, нервность и беспокойство, причем такие испытываемые чувства и переживания оказывают негативное влияние на состояние кожных покровов [2].

В психоаналитической литературе в числе психосоматических факторов этиопатогенеза кожных заболеваний рассматриваются вытеснение агрессивных импульсов и фрустрация конкурентных установок. При этом центральное место занимает проблема расчесывания как специфический (с психосоматических позиций) фактор этиопатогенеза и клиники кожных заболеваний, проявляющаяся представлениями о зуде и его подавлении как исполнении функции регуляции вытесненной агрессии, тревоги или сексуальности [12].

С психодинамических позиций кожные заболевания могут рассматриваться не только как пример своеобразного «крика о помощи» в связи с неудовлетворенной потребностью в близком объекте, но и как проявления бессознательного подтверждения потребности в сохранении границ тела, в разграничении между индивидуумом и другим, в сохранении барьера от риска слияния с ним, и как защита от бессознательной фантазии быть поглощенным.

В отечественной клинической психологии кожные заболевания часто рассматриваются с позиций психологии телесности, теоретические положения которой также во многом имеют психоаналитическую природу [3, 7], подходов к исследованию образа физического «Я», образа тела, его границ и границ «Я», интерпретируемых в рамках психодинамической парадигмы [10, 11, 12].

Широко встречающийся в литературе по проблеме термин «образ тела» («Body image») оказывается тесно связанным с представлениями о границах тела (в частном случае – с границами образа тела) как определенными формами первичных интериоризаций, определяющих способы реагирования субъекта на стимулы внешнего мира. Основной функцией границы образа тела при этом является защита от окружающей среды, и в частности, защита Эго от внешних «посягательств». Классические исследования в зарубежной клинической психологии показывают, что характеристики отчетливости границ образа тела можно рассматривать как своеобразные координаты, в системе которых происходит организации как телесного опыта, так и всего опыта и поведения в целом [12].

При этом важным отправным моментом такого рода клинико-психологического исследования является предположение о том, что границы телесности у больных заболеваниями кожи, с одной стороны, определяются психосоматическим вариантом взаимодействия субъекта с окружающим миром, и с другой стороны, влияют на характер психосоматического функционирования пациентов.

Следует отметить, что представления о границах телесного образа «Я» и сами эти границы не совпадают с границей физического тела, очерченной кожей. Осознание границ своего тела является первой ступенью индивидуализации. Психическое развитие человека есть, по сути, выстраивание «второй кожи» и формирование пространства между первой и второй кожей, т.е. психологической границы [3, 7].

Такая граница не должна полностью изолировать тело, ибо при этом устраняется ее посредническая функция между телом и средой. Обычно границей телесности становится определенный телесный конструкт, берущий на себя функцию перехода-препятствия между пространством тела и средой, не имеющий четких анатомических коррелятов.

В целом принято считать, что границы «Я» необходимы для нормального существования и функционирования личности, ее контакта с окружающим миром. Они отделяют, защищают человека от окружающей среды и в то же время соединяют, обеспечивают взаимодействие между ними.

В связи с вышеизложенным особое значение имеет изучение представлений об образе «Я» и границах телесности у больных с заболеваниями кожи. Кожу как морфологическую структуру, фиксирующую внешнюю поверхность тела, можно рассматривать как форму «объективации» и «морфологизации» внешней границы телесности. В топологическом плане кожа (кожная оболочка) является определенным «геометрическим местом точек», плоскостью, в пределах которой заканчивается человеческое тело и начинается окружающая среда. При этом для субъекта и функционирования его психического аппарата кожа может принимать определенное символическое значение: с одной стороны, она защищает его от внешних влияний и факторов, и с другой стороны, служит средством контакта и коммуникации [9, 10].

В зависимости от состояния мира и состояния субъекта психологическая граница приобретает признаки своеобразного «функционального органа», сформированного усилиями самого человека в процессе его жизненного пути в результате непрерывного динамического процесса установления границы между собой и внешним миром, исключающий возможность статичного переживания в отношении своей кожи.

Таким образом, кожное заболевание, с одной стороны, препятствует физическому и личностному проникновению психотравматизирующего фактора, а с другой, обнажает и разрушает границы тела, и, в определенном смысле, трансформирует образ «Я», иллюстрируя беззащитность и подверженность («проницаемость») субъекта психогенному воздействию. При этом болевой фактор кожных заболеваний в патогенетическом плане несколько отличается от такового при других психосоматических расстройствах (боль вызывается не столько собственно болезнью, сколько интенсивным расчесыванием кожи). Тем не менее, с позиций психологии телесности, ощущение боли имеет центральное значение в возникновении и развитии кожных заболеваний, поскольку оказывает содействие в очерчивании для субъекта его телесных границ, следовательно, имеет отношение к понятию «окутывания Я объектом».

Как следствие, с таких позиций кожные заболевания могут рассматриваться как проявление определенной психологической неспособности решать проблемы, возникающие в ситуации неудовлетворенности потребности в значимом объекте, а также как своеобразное бессознательное феноменологическое подтверждение нарушения границ тела, разграничивающих субъекта от других, проявление прорыва барьера, защищающего от слияния и бессознательной фантазии быть поглощенным.

Таким образом, рассматриваемые с психоаналитических позиций значимые для развития дерматозов базовые функции кожи (выполнение функций защиты, локального отображения эквивалентов тревоги и выражение связанных с эксгибиционизмом конфликтов, участие в эрогенной стимуляции) могут быть адекватно включенными в мультифакторную систему этиопатогенеза психосоматических вариантов таких расстройств. При этом особое внимание специфической для кожных заболеваний проблеме расчесывания, в рамках которой зуд и его подавление рассматривается как исполнение функции регуляции вытесненных импульсов.

#### Библиографический список

1. Александер, Ф. Психосоматическая медицина. Принципы и практическое применение / Ф. Александер; пер. с англ. С. Могилевского. – М.: Изд-во «ЭКСМО-Пресс», 2002. – 352 с.
2. Аммон, Г. Динамическая психиатрия / Г. Аммон. – СПб.: Институт им. В.М. Бехтерева, 1995. – 200 с.
3. Бескова, Д.А. Клинико-психологические характеристики внешней и внутренней границ телесности (на модели соматофорных расстройств): дис. ... канд. псих. наук / Д.А. Бескова. – М.: МГУ им. Ломоносова, 2006. – 220 с.
4. Задгер, И. Эротика кожи, слизистой и мышц / Исидор Задгер // Психология и психопатология кожи: тексты. – Ижевск: ERGO; М.: Когито-Центр, 2011. – С. 7–40.
5. Масэф, Г. Психодинамика при состояниях зуда / Г. Масэф // Психология и психопатология кожи: тексты. – Ижевск: ERGO; М.: Когито-Центр, 2011. – С. 134–141.
6. Миллер, М. Психодинамические механизмы в случае нейродермита / М. Миллер // Психология и психопатология кожи: тексты. – Ижевск: ERGO; М.: Когито-Центр, 2011. – С. 76–94.
7. Тхостов, А.Ш. Психология телесности / А.Ш. Тхостов. – М.: Смысл, 2002. – 287 с.
8. Шилдер, П. Заметки о психофизиологии кожи / П. Шилдер // Психология и психопатология кожи: тексты. – Ижевск: ERGO; М.: Когито-Центр, 2011. – С. 41–55.
9. Штрахова, А.В. Психосоматические аспекты нейродермита, телесный образ «Я» и его границы у больных с атипичными дерматитами. Сообщение 1 / А.В. Штрахова, А.Р. Харисова // Вестник ЮУрГУ. Серия «Психология». – 2013. – Т. 6. – № 3. – С. 101–109.
10. Штрахова, А.В. Телесный образ «Я» и его границы у больных с атипичными дерматитами. Сообщение 2 / А.В. Штрахова, А.Р. Харисова // Вестник ЮУрГУ. Серия «Психология». – 2014. – Т. 7. – № 1. – С. 103–111.

11. Greenhill, M., Finesinger, J. Neurotic symptoms and emotional factors in atopic dermatitis // Arch. Derm. Syph. – 1942. – Vol. 46. – Pp. 187–193.
12. Fisher, S. Body image and personality / S. Fisher, S.E. Cleveland. – Princeton: Van Nostrand, 1958.
13. Miller, M.L. Psychodynamic mechanisms in a case of neurodermatitis // Psychosomatic Medicine. – 1948. Vol. X. – Pp. 309–316.