Содержание

Введение. Психосоматическое происхождение головной боли

Глава 1. Принципы психосоматического подхода

Глава 2. Психоаналитические подходы к происхождению головной боли

Глава 3. Рассмотрение возможных схем возникновения головной боли

Глава 4. Психоаналитическая работа с головными болями

Заключение. Перспективы изучения темы

Список литературы

Введение

Интерес к выбранной теме исследования объясняется просто - автор с детства (с 5-6 лет) страдает мигренью, то есть хроническими головными болями неорганического происхождения. Таким образом, тема курсовой работы становится одновременно и шагом на пути самопознания.

На сегодняшний день можно считать доказанным, что психологические факторы оказывают влияние на физиологические процессы. Еще в 50-х годах прошлого века врач и психоаналитик Франц Александер выдвигал постулат о том, что психологические процессы не отличаются фундаментально от других процессов, протекающих в организме. Они «в то же время являются физиологическими процессами и отличаются от других телесных процессов лишь тем, что воспринимаются субъективно и с помощью слов могут быть сообщены другим».

Таким образом, возникновение боли при мигрени становится языком, на котором говорит тело без использования слов.

Одним из важных вопросов становится - «говорит» ли таким образом тело о чем-то, что может быть принципиально выражено словами (то есть о нереализованных желаниях, внутренних или внешних конфликтах, психотравмах) или же содержание боли принципиально невыразимо словами, и попытки вербализовать его не приносят облегчения пациенту?

Большинство исследователей придерживается мнения, что переведение языка боли в речь, хотя бы внутреннюю, освобождает тело от симптоматики. Между тем, в случае с мигренями этот процесс «перекодировки» может, по-видимому, занимать очень долгое время - болезнь, как правило, имеет хроническое течение, и даже З.Фрейд, по некоторым сведениям, в течение всей жизни страдал мигренями.

Можно предположить, что хроническое течение и устойчивость симптомов обусловлена самим механизмом возникновения головной боли (который мы попытаемся рассмотреть в данной работе) или специфическими особенностями типа личности, наиболее склонной к развитию мигрени (некоторые исследователи, в том числе Ф. Александер, связывали предрасположенность к этому заболеванию с устойчивыми паттернами реагирования на внешнюю конфликтную ситуацию или внутренние агрессивные импульсы).

Можно также предположить, что вторичные выгоды от заболевания оказываются достаточно велики, а «минусы» достаточно незначительны, чтобы мигрень сохранялась в течение всей жизни как приемлемый способ реагирования на определенные ситуации, разрешения внутренних и внешних конфликтов.

В изучении мигреней, причин и механизмов их возникновения до сих пор не существует единой общепринятой точки зрения. У тела еще много загадок, и, возможно, в случае с мигренями, принцип индукции - движения от частных случаев к общему принципу, или даже просто накопления эмпирического опыта, будет наиболее результативным.

Глава 1.

Принципы психосоматического подхода

Основные понятия, используемые в рамках исследования:

Психосоматика (от греч. psyche - душа и греч. soma - тело) - направление в медицине (психосоматическая медицина) и психологии, изучающее влияние психологических факторов на возникновение и течение соматических заболеваний.

В рамках психосоматики исследовались и исследуются связи между характеристиками личности (конституциональные особенности, черты характера и личности, стили поведения, типы эмоциональных конфликтов) и тем или иным соматическим заболеванием.

Психосоматические заболевания - это такие заболевания, причинами которых являются в большей мере мыслительные процессы больного, чем непосредственно какие-либо физиологические причины. Если медицинское обследование не может обнаружить физическую или органическую причину заболевания, или если заболевание является результатом таких эмоциональных состояний как гнев, тревога, депрессия, чувство вины, тогда болезнь может быть классифицирована как психосоматическая.

Мигрень - неврологическое заболевание, наиболее частым и характерным симптомом которого являются эпизодические или регулярные сильные и мучительные приступы головной боли в одной или обеих половинах головы. При этом отсутствуют серьёзные травмы головы, инсульт, опухоли мозга, а интенсивность и пульсирующий характер болей заставляют думать о сосудистой головной боли, а не о головной боли напряжения. Головная боль при мигрени не связана с повышением или резким снижением артериального давления, приступом глаукомы или повышением внутричерепного давления. Мигрень - хроническое заболевание, распространённое в популяции (10% диагностированных больных, и ещё 5% недиагностированных или неверно диагностированных). Тяжесть заболевания варьирует от редких (несколько раз в год) сравнительно лёгких приступов до ежедневных.

Как еще в 1950 году замечал выдающийся американский психоаналитик Франц Александер, та же самая физико-химическая ориентация, которой медицина обязана своими величайшими достижениями, стала по причине своей односторонности препятствием для дальнейшего развития. Единое целое, которым является человеческое бытие, было разделено для исследования на части и системы. Нельзя хулить этот метод, но никто не обязан удовлетворяться лишь его результатами. Каким образом поддерживается связь между «психикой» и «телом»? Как происходит их взаимовлияние? Еще в начале XX века психологи доказывали, что психические процессы могут и становятся причинами процессов физиологических, но каких именно и в какой степени? В определенном смысле эти вопросы до сих пор не имеют единственного несомненного ответа.

При исследовании личности тот факт, что организм является скоординированным единством, очевиден. И саму личность можно определить как выражение единства организма. Психоанализ же заключается в раскрытии того, как функционирует личность - таким образом, глубокий психоанализ невозможен без учета особенностей физиологического существования клиента. Достижения в области неврологии, как указывает Ф. Александер, проложили путь к более глубокому пониманию взаимосвязи между различными частями тела. Единство организма выражено в функциях центральной нервной системы, которая регулирует как внутренние вегетативные процессы организма, так и его взаимоотношения с окружающей средой. Этот «центральный пункт управления», таким образом, общий для внутренней и внешней жизни человека, и вполне естественно, что выполнение одной и той же «команды» происходит параллельно в обеих системах - физиологической и психологической.

Дополнительный стимул для развития психосоматического направления стало исследование работы эндокринной системы человеческого организма. Данные, полученные в последнее время, все более указывают на то, что большинство функций эндокринных желез в конечном счете подчиняется функции высших центров мозга.

Тот факт, что психика управляет телом, бесспорен и может наблюдаться нами ежедневно. Тело, этот сложный и тонкий механизм, ежедневно выполняет множество действий под влиянием наших осознанных стремлений, чувств, идей и желаний. Невозможно отрицать, что многие чувства и эмоции выражаются через физиологические процессы - учащенным сердцебиением (страх), повышением кровяного давления (гнев), покраснением кожных покровов и т.д. Все эти физиологические феномены - результат взаимодействия нервных импульсов с сосудистой, мышечной, эндокринной системами. Таким образом, психоанализ в ряде случаев оказывается эффективным «ключом» к глубинным причинам соматических нарушений.

Как указывают некоторые исследователи, довольно часто можно наблюдать, что определенные психосоматические процессы, а также повторяющаяся тенденция уходить в болезнь на физическом уровне исчезают как неожиданный побочный эффект психоаналитического лечения, иногда даже без специального исследования скрытого значения этого заболевания в психической экономике.

Основываясь на своих клинических наблюдениях, ряд исследователей приходит к выводу, что некоторые пациенты реагируют уходом в болезнь (в боль - при мигрени) практически на любую ситуацию, которая является для них эмоционально возбуждающей (особенно на ситуацию, связанную с возникновением гнева или тревоги). Зачастую пациенты страдают этими заболеваниями еще с детства, несмотря на то, что, как правило, в психоаналитических сессиях не затрагивается эта тема, если только в их ассоциациях спонтанно не возникают мысли о физическом здоровье.

Работы по психосоматическим заболеваниям младенцев позволяют предположить, что взрослый соматизирующий пациент в какие-то моменты функционирует психически подобно младенцу (латинское «infans» означает «тот, кто не может говорить»). Поскольку младенцы еще не могут использовать слова, чтобы думать, они реагируют на эмоциональную боль только психосоматически. Возможно также, что в психосоматических состояниях, таких, как головная боль, тело реагируют на психологическую угрозу так, как если бы эта угроза носила физиологический характер.

Язык, указывает психоаналитик Джойс Макдугалл, используется далеко не во всех коммуникациях. В попытках атаковать любое осознание определенных мыслей, фантазий или конфликтных ситуаций, способных вызвать конфликтные чувства, которые могут быть слишком болезненными или чересчур возбуждающими, пациент может, например, породить соматический взрыв вместо какой-то мысли, фантазии или сновидения.

Так, Динора Паиндз пишет: «работая в больнице врачом, я научилась внимательно слушать то, что говорили мои больные, пока я исследовала их тело, и, что ещё важнее, то, чего они не говорили"; "...как живо и ясно тела моих пациенток выражали нестерпимую боль этих женщин, боль, о которой они не могли ни говорить, ни даже думать. Поскольку слова были им недоступны, они вынуждены были выражать свои чувства телесным путём, сообщая о них врачу, которая могла и обязана была их понять, потому, что имела возможность обдумать положение каждой пациентки как мать, пытающаяся принести облегчение». Таким образом, боль оказывается тем языком, на котором тело сообщает о своих проблемах, пережитых или переживаемых.

Теоретически каждое заболевание является психосоматическим, поскольку эмоциональные факторы воздействуют на все соматические процессы через нервные и гуморальные пути регуляции. По мнению исследователей, важными в происхождении («выборе» телом) болезни могут быть следующие факторы:

· Генетическая или конституциональная предрасположенность органа

· Органические заболевания в младенчестве, увеличивающие уязвимость определенного органа

· Случайные физические травматические переживания в младенчестве и детстве

· Символическая проекция болезненных чувств и эмоциональных переживаний на орган

Список факторов на этом далеко не исчерпывается. Одновременно в патогенезе мигрени могут наблюдаться несколько факторов. Таким образом, общая психоаналитическая и психосоматическая картина должна строиться с учетом всех наличествующих факторов во взаимодействии.

В целом, как указывает Ф. Александер, эмоциональные расстройства вегетативных функций можно разделить на две основные категории. Они соответствуют двум эмоциональным установкам:

. Подготовке к борьбе или к бегству в экстремальной ситуации

. Уходу от активности

Практически все исследователи, затрагивающие в работах происхождение мигрени, единодушны в том, что данная болезнь относится к первой группе - то есть является результатом торможения или вытеснения импульсов враждебности и агрессивного самоутверждения. Поскольку эти импульсы вытесняются или тормозятся, соответствующее поведение (борьба или бегство) никогда не доводится до завершения. Тем не менее физиологически организм находится в состоянии постоянной готовности. Другими словами, хотя вегетативные процессы были активированы для агрессии, они не переходят в завершенное действие. Результатом будет поддержание хронического состояния готовности в организме наряду с физиологическими реакциями, которые обычно требуются в чрезвычайной ситуации, такими, как учащенное сердцебиение и рост кровяного давления, или расширение кровеносных сосудов.

Сосудистые реакции на эмоциональное напряжение играют важную роль в происхождении мигрени. Позволим себе предположить, что при закреплении болевого синдрома (головной боли) как реакции на определенный раздражитель или совокупность раздражителей может формироваться единый психический комплекс «борьба-бегство», содержащий очевидное внутреннее противоречие и оказывающий влияние как на течение приступа мигрени, так и на специфику переживания чувства боли.

Каждый раз, когда в сознательном поведении подавлены проявления установок соперничества, агрессивности и враждебности, симпатическая нервная система оказывается в состоянии возбуждения, которое не получает разрядки и само по себе может спровоцировать болевой синдром.

Ряд исследователей - в том числе Ф. Александер, К. Хорни, Д. Пайндз - указывают, что при мигрени приступ головной боли может прекратиться в течение нескольких минут после осознания пациентом своей ярости, враждебности, и отреагирования этих чувств вовне.

Однако существует и другая точка зрения, которой придерживается, в частности, Д. Макдугалл - и которая состоит в том, что тело, как и психика, предрасположено к компульсивным повторениям хорошо усвоенных реакций. В некотором смысле тело даже более, чем психика, склонно к ригидным реакциям, сколь бы неэффективными они ни оказывались. В соматической области сложные реакции тело-психика также имеют тенденцию к неумолимому повторению всякий раз, когда возникает необходимый раздражитель.

Мы можем допустить, что раздражитель, имея аудиальную, визуальную или сенсорную природу, или же комплексную, совмещающую все три аспекта, способен вызывать воспроизведение реакции на любой свой аспект (по хорошо известному лингвистическому принципу метонимического переноса).

Таким образом, существует возможность, что единый психологический комплекс «борьба-бегство» может быть вызван к жизни любым из аспектов раздражителя - и эти аспекты также могут возникать самостоятельно в ситуациях, потенциально не связанных с ситуацией тревоги, агрессивной враждебности или соперничества. В этом случае мы можем наблюдать приступ мигрени, развивающийся без видимых связей с содержанием внутреннего конфликта. В таком случае возникает дополнительная сложность в том, чтобы уловить эти связи и проследить в ходе аналитической сессии.

В заключение главы отметим, что психосоматическая болезнь всегда или в большинстве случаев имеет неосознаваемую пациентом вторичную выгоду - при этом подсознание либо «помогает» таким образом пациенту оправдывать свои действия, либо «наказывает» его. Наказание может являться одновременно и помощью - и в случае развития приступов мигрени эту двойную выгоду можно проследить. Одна из теорий, связанных с развитием психосоматических заболеваний, связана с тем, что соматическое заболевание как способ разрешения внутренних конфликтов чаще выбирают люди, на сознательном уровне также неспособные (или очень мало способные) к нахождению компромиссов.

Таким образом, соматическое заболевание - продолжение общей тенденции таких пациентов продолжать борьбу до самого конца, жертвуя собой, своим телом. В этом случае болевой синдром, возникающий при мигрени, позволяет пациенту пережить полное внутреннее удовлетворение, поскольку является доказательством того, что борьба идет, знаком определенной успешности этой борьбы, и одновременно наказанием за нее.

Глава 2

Психоаналитические подходы к происхождению головной боли

Основы психоналитического подхода к мигрени были заложены Зигмундом Фрейдом, большую часть жизни сам страдавший мигренями. Богатый личный опыт послужил основой для создания психоаналитической теории боли. Один из начальных этапов в развитии психоаналитической концепции боли - нейрофизиологический. Суть нейрофизиологической модели, как ее формулировал Фрейд: боль порождает неограниченный приток внешней и внутренней энергии в нейронную систему, которая, в свою очередь, пытается защититься от нее; боль означает, что нейронной системе не удалось защитить психическую от проникновения извне огромных количеств энергии.

Фрейд отвергал наследственную теорию, по-видимому, по личным причинам, полагая, что все связанное с наследственностью сулит плохой прогноз. Отвергая генетическую обусловленность мигрени, он мог надеяться на долгую и счастливую жизнь. Фрейд считал мигрень полиэтиологическим заболеванием, при котором чувствительность к патогенетическим и триггерным факторам определяется уровнем стимуляции.

Мигрень, связанную с сексуальными проблемами (пол, менструальная мигрень, беременность), Фрейд рассматривал как результат токсического воздействия некоей стимулирующей сексуальной субстанции, не находящей выхода. Он полагал, что аналогичное действие могут оказывать и другие химические субстанции, провоцирующие приступы мигрени раздражением твердых мозговых оболочек.

Фрейд считал ядро троичного нерва (иннервация dura mater) "центром" мигрени и не исключал, что в сферу рефлекторного влияния dura mater может входить и спастическая иннервация гладких мышц сосудистой стенки. Таким образом, Фрейд предугадал важность сосудистого и нейрогенного механизмов в патогенезе мигрени, что позднее было подтверждено экспериментально и включено в ныне признанную гипотезу Московиц: нервные импульсы из патологически расширенных менингеальных артерий раздражают сосудистые ветви троичного нерва.

На втором этапе развития теории Фрейд характеризовал боль как "актуальный невроз" токсического генеза (текущие конфликты порождают разнообразную соматическую симптоматику). Фрейд выдвинул гипотезу о том, что вызванная сексуальными токсинами головная боль может трансформироваться в истерическую и стать соматическим проявлением возбуждения либидо.

При изучении истерических реакций у страдающих эдиповым комплексом боль рассматривается как доминирующий конверсионный симптом и символизирует существование какого-то конфликта в подсознании. Истерическая головная боль, в частности, базируется на фантазийных аналогиях, когда верхние и нижние части тела выступают как эквиваленты: волосистая часть головы - волосы лобка, щеки - ягодицы, губы - большие срамные губы, рот - вагина, при этом атака мигрени может символизировать насильственную дефлорацию или ситуацию исполнения желаемого. Фрейд рассматривал боль как компас в процессе психоанализа и пришел к заключению, что «первичное обнаружение» скрытых в подсознании конфликтов провоцировало боль, а аналитическое «лечение» этих конфликтов ее устраняло.

Суть третьей метапсихологической фазы изложена в приложении к работе "Inhibitions, Symptoms and Anxiety", где боль рассматривается как ключ в осознании своего тела. Боль помогает получить пространственные представления о частях своего тела (репрезентативное знание). В метафизическом плане скорбь и переживание потерь приобретают особое значение в понимании боли. Физическая боль порождает сильный нарциссический катексис «болящей части тела», что является причиной концентрации энергии в психической репрезентации этой части тела.

Постфрейдовские психоаналитические исследования породили несколько новых концепций головной боли. Вплоть до 50-х годов оставалась популярной концепция конверсии эдиповых комплексов. С 60-х годов в понимании природы мигрени ключевые позиции последовательно отводились: динамическим аспектам в теории инстинктов, роли депрессии, механизмам конверсии, личностным качествам и нарциссическим механизмам. Ассоциированная с депрессией или возбуждением мигрень была выделена в свое время в отдельный синдром.

Личностными особенностями страдающих мигренью занимались многие ученые. Вулф выделял такие качества, как навязчивые идеи, перфекционизм, выраженные социальные амбиции. Ф.Александер, Фромм-Рейхман и Шафер ввели понятие «мигренозного типа личности» (typus migraenicus). Шафер полагал, что присущие этим людям личностные качества typus melancholicus обеспечивают им защиту от экзистенциальных страхов. Ф.Александер считал, что мигрень является следствием блокировки выражения агрессивных эмоций, а значит, мигрень можно рассматривать как вегетативный невроз, вариант аффективного эквивалента.

Хаас и Бек отметили у страдающих мигренью повышенную чувствитвительность к нарциссическим «травмам» и нарциссическую уязвимость. Они интерпретировали мигрень как попытку восстановить нарциссически раненое эго, с тем чтобы уберечь его от фрагментизации или психотической декомпенсации. Они пришли к выводу, что для понимания психогенной боли важны следующие факторы: нарциссические и конверсионные механизмы, ресоматизация и познавательные механизмы. Эти ученые сделали попытку интегрировать психодинамические концепции в современные исследования головной боли. Игл выделял эмпирическую значимость биографических данных (внутрисемейные конфликты в детстве) и их психодинамических последствий в рамках различных теорий боли. Он выдвинул гипотезу о существовании специфических личностных качеств (возбудимость) у страдающих от боли и считал боль первично психическим явлением.

Весьма характерный пример, доказывающий зависимость головной боли от вытесненного гнева и агрессивных импульсов, приводит Карен Хорни. Джон, бизнесмен, пять лет состоявший в счастливом браке, страдал от неясной внутренней напряженности и «чувства неполноценности». В последние годы у него появились головные боли, возникающие время от времени без какой-либо явно выраженной органической причины. Он никогда не подвергался анализу, но был достаточно знаком с психоаналитическим способом мышления.

Он приступил к анализу своих головных болей во многом случайно. Однажды с женой и двумя друзьями он отправился смотреть музыкальную комедию, и во время спектакля у него разыгралась головная боль. Это показалось ему странным, так как до похода в театр он чувствовал себя хорошо. В ходе самоанализа Джон обнаружил, что испытывает гнев при мысли, что вынужден был предпочесть пьесу другой, которую он сам хотел бы посмотреть, поддавшись уговорам жены. При возникновении этой мысли он ощутил вспышку гнева. Он вспомнил, как уступил в споре, когда выбирали пьесу, считая, что должен быть славным малым и для него это совершенно неважно. Очевидно, в глубине души он был возмущен тем, что его заставили. Вместе с этим осознанием прошла и головная боль. Он понял также, что головная боль подобным образом возникла у него не впервые.

В трех последующих случаях, как только начиналась головная боль, он искал скрытый гнев, пользуясь методом свободных ассоциаций, находил его, и головная боль исчезала. После этого головные боли вообще прекратились. Впрочем, в данном примере результат анализа грубых, явных симптомов выглядит впечатляюще, но в стороне остаются менее ощутимые психические расстройства Джона, такие, как отчужденность его от собственных желаний и мнений и его внутренний барьер в отстаивании своих прав. Возможно, именно эти качества являются более характерными для «мигренозного типа личности». При этом данный пример характерен тем, что боль Джона является исключительно психическим явлением.

Современные исследователи также склонны следовать точке зрения, согласно которой боль при мигрени является психическим симптомом, поскольку органические изменения в большинстве случаев отсутствуют. При этом расшифровка симптома иногда представляет определенные затруднения. Как указывает Макдугалл, некоторые пациенты, страдающие от психосоматических заболеваний, упорно не усматривали связи между своими соматическими проявлениями и психологически нарушающими событиями в их жизни, как если бы восприятие физических и психических сигналов, предупреждающих их об опасности, были абсолютно выброшены из их памяти. Эти восприятия не были отрицаемы или вытеснены и, таким образом, бессознательно зарегистрированы, как это происходит в случае с невротическими психическими структурами. Вместо этого память о тревожащих воспоминаниях была или исключена, или полностью уничтожена.

Мы можем предположить, что память, фантазии - все, что репрезентировано в области головы - имеет большое значение в процессе формирования приступов мигрени. У пациентов с ярко выраженной соматизацией, как отмечает Макдугалл, часто наблюдается псевдонормальная коммуникация с остальным миром (что напоминает концепцию «фальшивого Я» Винникота), когда слово и даже язык сам по себе лишаются эмоциональной составляющей, по крайней мере, в той сфере личности, которая постоянно стремится уничтожить осознание примитивных тревог с психотическим подтекстом.

Следует отметить, что психосоматические заболевания приобретают дополнительное значение - вторичную выгоду. Физические страдания, которые они вызывают, часто компенсируются бессознательным убеждением в том, что болезнь выполняет защитную функцию, например, определяет границы тела. Таким образом, страхи слияния при аффективном взаимодействии с другими (бессознательные напоминания о нарушенных материнско-младенческих взаимоотношениях и страх быть поглощенным матерью или покинутым ею) ослабляются. Сообщение о том, что человек находится на грани отчаяния, переданное через органическое заболевание, может также давать окружающим людям возможность заботиться о нем.

В работе Кохута, касающейся нарциссических переносов, указывается, что озабоченность собственным телом, которая постоянно встречается при соматических заболеваниях, есть проявление возросшего нарциссизма - даже тогда, когда предметом этой озабоченности является отдельный орган, поскольку этот орган по-прежнему воспринимается в контексте всей телесной самости, которая испытывает страдания. Однако при психотической или предпсихотической ипохондрии части тела индивида или отдельные физические или психические функции становятся изолированными и гиперкатектированными. Таким образом, гипотеза о гипертрофированной нарциссичности как характерной черте «мигренозного типа личности», и одновременно большой нарциссической уязвимости, получает дополнительное подтверждение.

Глава 3

Рассмотрение возможных схем возникновения головной боли

При всем различии механизмов, вызывающих головную боль, большинство специалистов полагают, что чаще всего в основе патогенеза головной боли лежат изменения внутреннего диаметра кровеносных сосудов мозга, в том числе патологически расширяются менингеальные артерии. Нервные импульсы от них воздействуют на сосуды троичного нерва, что и вызывает болевой синдром.

При этом значение боли как конверсионного симптома может быть различным. В психоаналитической литературе упоминается головная боль как выражение идентификации с матерью, страдавшей сходным недугом; головная боль как символ фекалий (мысли = фекалии); пульсирующая головная боль как выражение вытесненных сексуальных влечений, символически представлявших эрекцию. Эта последняя группа случаев довольно велика. Гатейл сообщает о пациентке, у которой приступы мигрени прекращались после оргазма. Иногда требовалось несколько оргазмов, прежде чем наступала релаксация и прекращался приступ. Кроме того, Александер упоминает головную боль у девственницы как символическое выражение ее вытесненного желания забеременеть (головная боль = боль при родах).

В качестве конверсионного симптома у головной боли может быть, как мы видим, множество символических значений, которые определяются субъективными потребностями пациента. Более того, можно предположить, что символические значения, связанные с болевым синдромом при мигрени, могут со временем меняться - в этом случае может меняться и насыщенность болевых ощущений, локализация, течение приступа.

Типичные клинические проявления приступов мигрени - периодичность, то, что боль практически всегда является односторонней, наличие фотофобии, тошнота (в тяжелых случаях рвота). Еще одна характерная особенность мигрени - то, что после приступа пациент некоторое время ощущает себя совершенно здоровым.

Александер ссылается на исследования, касающиеся отчасти эмоциональных факторов, обычно провоцирующих мигрень, отчасти типичных особенностей личности у пациентов, склонных к мигреневым головным болям. По версии исследователей, для них характерны задержка эмоционального развития, но вместе с тем высокий интеллект. Часто отмечаются значительные трудности в сексуальной адаптации. Согласно авторам, мигреневые головные боли впервые возникают, когда эти люди лишаются домашней (материнской) защиты и сталкиваются с ответственностью самостоятельной жизни. Отмечается чрезмерная зависимость от матери, от которой они никогда не могут освободиться.

Большой интерес представляют тщательные исследования Фромм-Райхманн, которая методом интенсивной психотерапии лечила восемь больных мигренью. Она обнаружила, что враждебные импульсы и импульсы зависти у этих больных, которые первоначально были направлены против людей, выделяющихся своим интеллектом, в дальнейшем посредством механизмов вины обращались против самих себя.

Гарольд Вульфф также провел тщательные исследования типичных черт личности таких пациентов. Он выделил компульсивные черты, перфекционизм, честолюбие, чрезмерную склонность к соперничеству, ригидность и неспособность делегировать ответственность. Согласно Вульффу, этим больным присуща обидчивость, возникающая вследствие их неспособности справляться с взятой на себя ответственностью и жить в соответствии со своими перфекционистскими амбициями. Это состояние фрустрации вызывает напряжение и усталость, пока некоторое внешнее событие не усиливает всегда имеющуюся наготове обидчивость и не провоцирует приступ мигрени. К аналогичным выводам пришел Г.Селински, который подчеркивал значение «борьбы, обиды и тревоги» в развитии приступа мигрени. Приступ наступает тогда, когда человек сталкивается с задачей, превосходящей его способности.

Многие клинические данные свидетельствуют о том, что больным мигренью присущи поверхностные отношения, типичные для так называемых компульсивных типов характера. При этом эмоциональные факторы, провоцирующие приступы, достаточно единообразны. В большинстве публикаций по психологии мигреневых головных болей говорится о наличии вытесненных или подавленных враждебных импульсов.

Психоаналитики, работавшие с пациентами, страдающими мигренью, имеют возможность наблюдать начало и завершение приступа во время психоаналитического сеанса. Приступ мигрени обычно провоцируется состоянием вытесненного гнева. Наблюдения исследователей показывают, что приступ в условиях сеанса прекращается буквально в течение нескольких минут после того, как пациент осознает свой вытесненный гнев и дает ему выход.

Как отмечает Александер, мигрень имеет много общих черт с гипертонией, с одной стороны, и с эпилепсией, с другой (головная боль иногда, хотя и не в случае мигрени, является вторичным симптомом гипертонии). Возможно, в случае мигрени имеет место отсутствие специфических психоневротических механизмов, пригодных для разрядки накапливающихся враждебных импульсов. Наблюдение Фромм-Райхманн, что враждебная, завистливая установка в этих случаях специфически направлена против объекта, который интеллектуально превосходит пациента, может оказаться важным для объяснения нарциссического выбора больного органа.

Александер выдвигает схему возникновения приступа мигрени в ситуации, когда враждебные импульсы тормозятся на концептуальной фазе (подготовка к акту в фантазии - его планирование и мысленное представление). В этом случае пациент не переходит к следующим фазам - фазе подготовки и реализации действия, а «перехватывает» бессознательный враждебный импульс, оборачивая его против самого себя.

При сдерживании гнева мышечное действие блокируется, кровоснабжение мышц не усиливается, хотя и происходит отток крови из области внутренних органов. Вероятно, приток крови к голове в этих условиях может возрастать, и это может быть физиологической основой приступов мигрени. Повышение мышечного тонуса является другим компонентом синдрома гнева, который может вызывать «головную боль напряжения».

Наконец, головные боли являются частым психосоматическим симптомом при депрессии. Они могут наряду с другими соматическими жалобами доминировать таким образом, что собственно депрессии распознаются лишь с трудом. Эти депрессии поэтому часто описываются также как скрытые или маскированные.

«Головная боль напряжения», возникающая по невротическим причинам, может быть обусловлена внешним или внутренним конфликтом. При этом обнаруживаются чрезмерные притязания и слишком большие ожидания успеха и признания. Они приводят к разочарованию, особенно тогда, когда их изживание задерживается чувством вины, исходящим из детства.

У пациентов с головными болями этого типа часто встречаются повышенные честолюбие и стремление к доминированию, склонность к перфекционизму и, вследствие этого, хронические психические перегрузки. Высокий уровень притязаний ведет к конфликту с реальными возможностями и страхами, подавляемой агрессивностью и фрустрациями, что может находить выражение в фоновом состоянии хронической напряженности.

Какое психологическое значение имеют головные боли? Голова в прямом и переносном смысле является «высшей» частью тела, в которой расположены мозг и органы чувств. Пациент с головными болями находится в двойственном положении. С одной стороны, он стремится серьезно и активно работать головой, а с другой - эта самая голова из-за болей являет собой удручающее препятствие. Происходит неосознаваемое символическое отражение подавляемых чувств. Если голова человека все время испытывает давление (давление деятельности), то она «должна» начать болеть. Кроме того, головная боль является способом для разгрузки. Если, например, гнев или разочарование проявляются в головной боли, то пациенту и его окружающим обычно легче принять телесную симптоматику, чем психическую.

Лечение пациента с головными болями исключительно с помощью анальгетиков, как правило, бессмысленно, если в основе симптоматики лежат состояния внешнего или внутреннего напряжения, которые недоступны восприятию самого больного. Все, чего можно добиться обезболивающими препаратами - снятия болевого синдрома. Но при этом, как мы уже указывали выше, существует риск создать круг самовоспроизведения головной боли за счет задействования все новых и новых вторичных триггеров.

Поскольку напряженные мышцы, особенно в области плеч и шеи, являются частой причиной «головной боли напряжения», расслабление их может быть эффективной превентивной мерой.

Глава 4

Психоаналитическая работа с головными болями

Перед пациентом в психоаналитическом процессе стоят три основные задачи. Первая - выразить себя как можно более полно и искренне. Вторая - понять собственные бессознательные движущие силы и их влияние на свою жизнь. Третья - выработать способность изменять установки, нарушающие его отношения с самим собой и остальным миром.

В анализе пациентов с головными болями важно определить внутреннюю картину болезни и ее место во внутреннем мире человека. Понятие "внутренняя картина болезни" - возникающий у больного целостный образ своего заболевания - "введено Р.А. Лурия. На формирование внутренней картины болезни оказывают влияние различные факторы: интенсивность приступов мигрени, характер взаимоотношений со значимыми другими, символическая «нагруженность» боли и другие. У пациента могут наблюдаться следующие основные типы отношения к головной боли (согласно методике для психологической типов отношения к болезни - ТОБОЛ, 1998):

· Гармоничный тип - трезвая оценка своего состояния, нежелание обременять других своей болезнью.

· Эргопатический тип - выраженное стремление продолжать работу во что бы то ни стало, может быть описан как "уход от болезни в работу".

· Анозогнозический тип - активное отбрасывание мысли о болезни и ее последствиях, пренебрежительное отношение к болезни, нежелание лечиться.

· Тревожный тип - беспокойство и мнительность в отношении неблагоприятного развития заболевания, поиск информации о болезни и ее лечении.

· Ипохондрический тип - сосредоточенность на субъективных неприятных ощущениях и стремление рассказывать о них окружающим.

· Апатический тип - безразличие к себе и течению болезни, утрата интереса к жизни.

· Эгоцентрический тип - требование исключительной заботы, выставление напоказ страданий с целью безраздельного завладения вниманием окружающих. 8. Паранойяльный тип - крайняя подозрительность к лекарствам и процедурам, обвинения окружающих в возможных осложнениях или побочных действиях лекарств.

· Дисфорический тип - мрачно-озлобленное настроение, ненависть к здоровым, обвинения в своей болезни других, деспотическое отношение к близким.

Определение отношения пациента к болезни уже может стать важной отправной точкой для психоаналитической работы, выяснения символического значения мигрени, наличия вытесненных враждебных импульсов, связи с собственными невыраженными желаниями пациента. Важное открытие - то, что у ряда пациентов наблюдается бессознательная потребность сохранить заболевание, причем не только как подтверждение существующих границ тела, но и как доказательство их физического выживания.

Как указывает ряд исследователей, существует сложность в анализе пациентов, склонных к мигрени. Рано или поздно они начинают неистово сопротивляться поиску психических факторов, питающих их психосоматическую уязвимость. Так же, как пациенты с проблемами невротического и психотического характера, психосоматические пациенты сражаются с решимостью, которой они не осознают, чтобы защитить свои соматические формирования.

Было бы даже рискованно подталкивать некоторых пациентов к тому, чтобы они анализировали эти психические факторы, если они очень сильно сопротивляются этому и совершенню не желают ничего знать о причинах своих состояний. Однако некоторые пациенты с психосоматическими нарушениями ощущают психоаналитические рамки и отношения с аналитиком как создающие безопасное пространство, в котором они могут исследовать свои скрытые, примитивные фантазии и глубокие архаические сценарии своего внутреннего театра.

Ряд наблюдений за соматизирующими пациентами с мигренью позволил сделать вывод, что большинство подобных пациентов кажутся достигшими нормальной эдиповой организации и способными вести взрослую сексуальную и социальную жизнь. Тем не менее в аналитическом процессе, как правило, выявляется, за некоторыми исключениями, что эта эдипова структура была привита к намного более примитивной организации, в которой родительский образ оказывается поврежденным или даже полностью отсутствующем во внутреннем мире пациента.

Пол отца и его присутствие могут играть незначительную роль в жизни матери пациента, страдающего мигренью. Поэтому отец часто представляется человеком, которого запрещено любить и который недостоин уважения. Как следствие, образ внутренней матери становится экстремально опасным для ребенка. Образ матери, как и фантазия о ее теле, двойственный: идеализированная репрезентация, которая заключает в себе вечное обещание невыразимого блаженства, и частичный объект, который выражает угрозу психической и даже физической смерти.

Подобная интроецированная семейная констелляция, неустойчивая и вызывающая тревогу, отражает бессознательные конфликты и противоречия самих родителей. Очевидно, зачастую это побуждает детей к тому, что они слишком рано приобретают автономию. В результате они преждевременно начинают относиться к родителям как к отдельным и сепарированным объектам. К примеру, когда мать не была интроецирована в психический мир ребенка как «окружающая среда» или внутреннее состояние, несущее успокоение и защитные функции, а вместо этого слишком рано стала восприниматься как целостный и отдельный объект, этот психический образ идеализируется и наделяется всемогуществом, и его становится невозможно достичь.

Это сопровождается установлением неправильной и слишком ранней формы автономии, которая оставляет ребенка и будущего подростка в ощущением полной неадекватности. Таким образом, мы можем предположить, что неустойчивость внутренней психической структуры и ощущение внутренней неадекватности не позволяет находить эффективные способы для разрядки импульсов гнева и враждебности вовне, так же, как и для их успешного контейнирования.

Вторым этапом работы после определения «внутренней картины болезни» у пациента с мигренью может стать анализ примитивной внутренней организации и психических инструментов для разрядки агрессивных и враждебных импульсов. Важно выяснить в совместной работе, существуют ли слова для обозначения этих импульсов, эмоций, чувств и их отреагирования. Как отмечает автор одного из исследований, посвященных психосоматическим болезням, переведение языка боли в речь, хотя бы внутреннюю, уже частично освобождает тело от симптоматики.

Третий аспект, требующий проработки с пациентом, страдающим мигренями - исследование нарциссической структуры пациента, ее целостности или диффузности. Как отмечают исследователи, нарциссическая уязвимость и диффузный образ «Я» в большинстве случаев встречаются у страдающих головными болями. В этом случае структура «Я» не может поставить достаточный барьер на пути чрезмерно возбуждающих импульсов гнева, враждебности или сексуальности, преследующих пациента извне, или же ощущения пустоты и отсутствия родительского образа изнутри, и это может приводить к возникновению приступа мигрени.

Из всего вышесказанного и анализа материала исследований мы можем предположить, что комплекс «борьба-бегство» (наличие которого мы предположили в главе «Принципы психосоматического подхода» данного исследования), действительно может быть вычленен у больных мигренью. Два этих стремления, противоречивых на смысловом уровне, но вызывающих одинаковые реакции на вегетативном, возникая одновременно, могут усиливать друг друга и провоцировать приступ головной боли.

При этом составляющая «борьбы» вызвана импульсами враждебной агрессии и зависти, неосознаваемыми и, возможно, стертыми из сознания, и при этом отягощается бессознательной виной. Составляющая «бегства» одновременно вызывается тревогой из-за ощущения «внутренней пустоты» и «неадекватности» внутреннего психического устройства пациента. Работа с комплексом «борьба-бегство» может начинаться с того, чтобы помочь пациенту осознать два этих стремления, явленных одновременно, проследить источники их возникновения, найти слова и образы для их передачи.

Следующий, завершающий этап - исследование того, где, в каких обстоятельствах, в какой обстановке эти два стремления возникают одновременно (определение триггеров).

Некоторые тактические приемы работы с психосоматикой:

Стратегия гештальт-терапии. Поиск невыраженной потребности - ее идентификация с ощущениями в теле - попытка найти связь ощущения с эмоциональным переживанием - определение невыраженной потребности в словах - поиск объекта, на который направлены эти чувства и потребности - эмоциональное отреагирование - ассимиляция полученного опыта.

Поиск связи симптома с важными событиями жизни. Описание симптома - Когда симптом впервые появился? - Какие события предшествовали появлению симптома? - контакт с чувствами, которые переживались в ходе тех событий - эмоциональное отреагирование и изменение восприятия прошедших событий - обратная связь (изменился ли симптом? Изменилось ли восприятие прошлых событий? Каково нынешнее понимание клиентом причинно-следственных связей?).

Утилизация симптома. Описание симптома - визуализация симптома - изменение параметров визуализации по всем репрезентативным системам пациента в сторону здорового образа (приемы НЛП и эриксонианского гипноза) - установка на оздоровление - обратная связь (изменилась ли визуализация симптома и ощущения?)

Работа с символами (арт-терапия). Описание симптома - визуализация симптома или изображение его образа (символа) на бумаге - выражение чувств по поводу образа симптома - описание желаемого результата - визуализация результата во всех модальностях (визуальной, аудиальной и кинестетической) или изображение его образа на бумаге - описание и визуализация промежуточной стадии между симптомом и результатом (процесс выздоровления) - соединение всех трёх образов в последовательную стратегию: представить их подряд один за другим или разложить все три рисунка в цепочку перед собой - обратная связь.

мигрень головная боль

Заключение

Перспективы развития темы

В данном исследовании мы попытались дать обзор некоторых психоаналитических концепций, связанных с развитием мигрени, а также привести возможные схемы возникновения приступа мигрени.

Мы попытались выделить ряд специфических черт, свойственных так называемому «мигренозному типу личности», таких как уязвимость нарциссической структуры личности, отчужденность пациентов с мигренью от собственных желаний и мнений, внутренний барьер в отстаивании своих прав. Кроме того, большинство исследователей отмечает у таких пациентов существование вытесненного гнева и агрессивных импульсов, зависти к интеллектуальному превосходству.

Мы выделили различные символические значения в ряде случаев мигрени, которые оказывают влияние не только на обстоятельства возникновения приступов, но и на глубину, локализацию и «насыщенность» болевого синдрома.

Кроме того, мы отметили специфику внутренней психической организации больных мигренью, в которой эдипова структура часто бывает привита к гораздо более примитивным образованиям. Образ матери при этом может быть поврежденным или вовсе отсутствовать во внутренней психической реальности, вызывая чувство внутренней пустоты и тревогу.

В исследовании была выдвинута гипотеза о существовании комплекса «борьба-бегство», два компонента которого на смысловом уровне ощущается как противоречие, а на вегетативном уровне усиливают друг друга, что может приводить к возникновению приступа мигрени. Еще одно предположение, вытекающее из анализа материала - что у больных мигренью зачастую при довольно высоком уровне интеллектуального развития не существует адекватных способов отреагирования враждебных и агрессивных импульсов, и работа на психоаналитических сессиях может заключаться в том, чтобы помочь им найти эти способы и облечь их в слова.

Все теоретические тезисы данной курсовой работы требуют проверки на практике, и в следующих исследованиях я рассчитываю продолжить изучение психоаналитической работы с мигренями на другом уровне, сконцентрировавшись на практических аспектах.

Список литературы

1. Александер Ф. Психосоматическая медицина. - М.:ГЕРРУС, 2000

2. Андреас С. и К. "Измените свое мышление и сохраните изменение" (Интернет-источники)

. Вульфф Г. Черты характера и реакции больных мигренью. - Arch. Neurol.&Psychiatry, 1937

. Гатейл Е. Анализ причин мигрени - Psychoanalyt. Rev., 1934

. Кохут Х. Общие замечания по поводу нарциссических переносов - Журнал практической психологии и психоанализа, № 3, 2002

. Макдугалл Джойс. Театры тела: Психоаналитический подход к лечению психосоматических расстройств. - М.: «Когито-Центр», 2007

7. Михайлова Е.В. Психотерапия психосоматических расстройств и головной боли (<http://www.psyinst.ru/>)

. Пайндз Динора. Бессознательное использование своего тела женщиной. Психоаналитический подход. СПб: Восточно-Европейский Институт психоанализа, 1997

. Франкл В. "Человек в поисках смысла" - М.: Прогресс, 1990

. Хабиб О. История медицины. Фрейд и мигрень: зарождение психодинамических взглядов на природу головной боли (Интернет-источники)

. Хорни К. Самоанализ - М.: Академический Проспект, 2007

. Ялом И.Д. "Экзистенциальная психотерапия", - М.: Класс, 1999