

Предисловие к русскому изданию

Имя Франца Александера (1891–1964), американского психоаналитика венгерского происхождения, хорошо известно во всем мире. Он признан одним из основателей психосоматической медицины (психосоматики). Тем не менее до сих пор ни одна из работ Александера, за исключением написанной вместе с Шелтоном Селесником книги об истории медицины, на русском языке не выходила. Объясняется это психоаналитическим фундаментом его подхода к анализу причин болезней и их лечению, который в советское время выглядел особенно неприемлемым в психосоматике — дисциплине, напрямую соприкасающейся с идеологически опасной проблемой связи души и тела. Лишь сейчас, через пятьдесят лет после выхода в США первого издания «Психосоматической медицины» Александера, русскоязычный читатель получает возможность оценить строгую логику и глубину идей этого классического руководства.

На «Психосоматической медицине» Франца Александера лежит отпечаток личности его автора — профессионала и в психоанализе, и в медицине. В 1919 году, уже получив медицинское образование, он стал одним из первых студентов Берлинского психоаналитического института. Его первая книга, «*Psychoanalyse der Gesamt-per-sön-lichkeit*» (1927), развивавшая теорию Сверх-Я, удостоилась похвалы Фрейда. В 1932 году он участвовал в основании Чикагского психоаналитического института и стал его первым директором. Будучи харизматическим лидером, он привлек в Чикаго многих европейских психоаналитиков, в том числе Карен Хорни, которая получила должность помощника директора

Института¹. Разделяя большинство положений Фрейда, Александер тем не менее критически относился к теории либидо и проявлял большую самостоятельность в разработке собственных концепций, а также поддерживал неортодоксальные идеи других психоаналитиков. В целом его позицию характеризуют как промежуточную между ортодоксальным фрейдизмом и неофрейдизмом². В истории психоанализа Александер выделяется особенным уважением к научному подходу и точным методам, и именно поэтому Чикагский психоаналитический институт, которым он бессменно руководил вплоть до 1956 года, был центром проведения многочисленных научных исследований роли эмоциональных расстройств при разнообразных заболеваниях. Хотя психосоматическое направление стало формироваться в медицине задолго до Александера, именно его работы сыграли решающую роль в признании эмоционального напряжения значимым фактором возникновения и развития соматических заболеваний.

Формирование психосоматики в 30-е годы XX века как самостоятельной научной дисциплины не было простым следствием вторжения психоанализа в соматическую медицину в процессе расширения сферы своего влияния, подобно тому, как он проник, например, в культурологию. Появление психосоматической медицины было предопределено, во-первых, нарастающим недовольством механистическим подходом, рассматривающим человека как простую сумму клеток и органов, и во-вторых, конвергенцией двух концепций, существовавших на протяжении всей истории медицины, — холистической и психогенной³. Книга Александера обобщила опыт бурного развития психосоматики в первой половине XX века, и

¹ D. Kirsner. Unfree associations inside psychoanalytic institutes. Ch. 3. On the make: The Chicago Psychoanalytic Institute. Robert M. Young & Ian Pitchford, 1998.

² Г. Блюм. Психоаналитические теории личности. М., 1996.

³ Z. J. Lipowski. What does the word «psychosomatic» really mean? A historical and semantic inquiry. — Psychosom. Med. 1984. Vol. 46, 2, pp. 153–171.

наиболее интересным в ней, несомненно, является концентрированное изложение методологии нового подхода к пониманию и лечению болезней.

Основой этой методологии, проходящей через всю книгу, является равноправное и «скоординированное использование соматических, то есть физиологических, анатомических, фармакологических, хирургических и диетических, методов и концепций, с одной стороны, и психологических методов и концепций — с другой», в котором Александр видит суть психосоматического подхода. Если сейчас область компетенции психосоматической медицины чаще всего ограничивают влиянием психологических факторов на возникновение и развитие непсихических заболеваний, то есть линией, идущей от психогенной концепции, то Александр был сторонником более широкого подхода, идущего от холистической концепции. Согласно этому подходу, психическое и соматическое в человеке неразрывно связаны друг с другом, и понимание причин болезней невозможно без совместного анализа этих двух уровней. Хотя холистический подход в настоящее время и не отвергается напрямую, он часто уходит из поля зрения как исследователей, так и врачей — вероятно, из-за сложности следования его методологии, требующей не только хорошего знания как психики, так и соматики, но и понимания их взаимосвязанного функционирования. Последнее трудно поддается формализации, необходимой в научном исследовании и в клинической практике, и легко ускользает из сферы научного анализа, особенно в условиях продолжающейся дифференциации и специализации отраслей медицины. В связи с этим значение книги Александра, в которой холистическая психосоматическая методология не только сформулирована и обоснована, но и проиллюстрирована многочисленными примерами ее конкретного применения, в наши дни, пожалуй, лишь возросло.

Предшественники и современники Александера описали множество различного рода корреляций между эмоциональной сферой и соматической патологией. Наиболее глубоко разработанной в этой области была теория специфических типов личности Фландерс Данбар. Эта исследовательница показала, что психологический портрет («личностный профиль»), например больных, страдающих ишемической болезнью сердца, и больных, склонных к частым переломам и другим травмам, коренным образом различается. Однако, как и в любой другой области научного знания, статистическая корреляция дает лишь начальный материал для исследования механизмов явления. Александер, с большим уважением относящийся к Данбар и часто цитирующий ее работы, обращает внимание читателя на то, что корреляция между характером и предрасположенностью к заболеваниям совсем не обязательно раскрывает реальную цепь причинных связей. В частности, между характером и предрасположенностью к определенному заболеванию может находиться промежуточное звено — специфический образ жизни, к которому склонны люди с определенным характером: так, если они почему-либо склонны к профессиям с высоким уровнем ответственности, непосредственной причиной заболевания могут стать профессиональные стрессы, а не сами по себе свойства характера. Более того, психоаналитическое исследование может выявить один и тот же эмоциональный конфликт под покровом внешне совершенно различных типов личности, и именно этот конфликт, с точки зрения Александера, будет определять болезнь, к которой наиболее склонен индивид: например, «характерный эмоциональный паттерн астматика можно выявить у лиц с совершенно противоположными типами личности, защищающих себя от страха отделения с помощью различных эмоциональных механизмов». Таким образом, благодаря опоре на психо-

аналитический метод Александер не останавливается на обсуждении статистических корреляций между внешними показателями психического и соматического функционирования, имеющих весьма ограниченную ценность в отношении основной задачи — лечения больного, и идет значительно дальше, пытаясь — хотя и не всегда успешно — выявить глубинные механизмы патологии.

Теоретический фундамент данного руководства составляет главным образом теория психосоматической специфичности, или специфических конфликтов — наиболее известная концепция Александера. Согласно ей, тип соматического заболевания определяется типом неосознаваемого эмоционального конфликта. Александер исходит из того, что «каждой эмоциональной ситуации соответствует специфический синдром физических изменений, психосоматических реакций, такой, как смех, плач, покраснение, изменения в сердечном ритме, дыхании, и т.д.», и, более того, «эмоциональные воздействия могут стимулировать или подавлять работу любого органа». Психоаналитическое исследование выявляет у многих людей сохраняющееся в течение долгого времени неосознаваемое эмоциональное напряжение. Можно предположить, что в подобных случаях на протяжении длительного времени будут сохраняться и изменения в работе физиологических систем, приводя к нарушению их нормальной работы и в конечном итоге провоцируя развитие болезни. Причем, поскольку при различных психических состояниях наблюдаются различные физиологические сдвиги, то и результатом различных длительно сохраняющихся бессознательных эмоциональных состояний будут разные патологические процессы: повышенное кровяное давление — следствием подавленного гнева, дисфункции желудочно-кишечного тракта — следствием фрустрации зависимых склонностей и т.д. Стремясь быть объективным исследователем, Алек-

сандер признавал, что ключевые положения его теории требуют дополнительной проверки и обоснования. К сожалению, четкого экспериментального подтверждения теория специфических конфликтов так и не получила, в том числе в специально посвященных этому многочисленных исследованиях возглавлявшегося Александром института. Впрочем, она не была и опровергнута. Ее продолжают считать одной из ведущих психосоматических теорий.

Особенностью подхода Александра был упор на бессознательное эмоциональное напряжение, которое, с психоаналитической точки зрения, более патогенно, поскольку не может найти выход в сознательных действиях. Этим его подход отличается от непсихоаналитических, в том числе преобладавших в советской, да и преобладающих в современной российской медицине, в которых анализируется влияние лишь осознаваемых психических процессов, доступных непосредственному наблюдению и описанию. В другой плоскости противоположность подходу Александра представляет неспецифическая концепция. Согласно ей, возникновение и развитие патологии вызывается длительными состояниями стресса, однако конкретная форма патологических изменений зависит не от типа стресса, а от того, какие органы или системы у данного индивидуума более уязвимы. Критикуя специфическую концепцию, сторонники неспецифической концепции особо подчеркивают отсутствие полной корреляции между спецификой психосоматического заболевания и личностью больного. По-видимому, антагонизма между всеми этими концепциями нет: одни случаи могут больше соответствовать одной из них, другие — другой. Как уже отмечалось выше, неполное соответствие между заболеванием и внешними характеристиками личности легко объяснимо, если во внимание принимаются неосознаваемые конфликты, как это и

предлагал Александер. Однако он отнюдь не делал фетиш из психических влияний, признавая большую роль соматических факторов. В частности, он отмечал, что типичные эмоциональные констелляции, характерные для определенной соматической болезни (например, язвы), можно встретить и у человека, у которого эта болезнь не развивается, из чего делал вывод, что наличие или отсутствие болезни зависит не только от эмоциональных, но также и от соматических факторов, еще недостаточно выявленных. Он оказался прав — в последние десятилетия убедительно показана важная роль не зависимых от психики генетических факторов в определении индивидуальной уязвимости физиологических систем.

Больше всего места в книге отдано применению психосоматического подхода и теории специфических конфликтов к конкретным болезням. Хотя Александер, исходя из холистического подхода, был против выделения отдельной группы психосоматических расстройств (в любом соматическом заболевании можно найти и соматические, и психические факторы!), круг рассматриваемых им болезней почти в точности совпадает с тем, что сейчас принято относить в эту группу (см., например, руководство Каплана и Сэдока⁴). На солидном клиническом материале, включающем собственные наблюдения, данные, полученные сотрудниками Чикагского психоаналитического института, и многочисленные данные других исследователей, он выстраивает для каждого заболевания хорошо продуманную схему психосоматического генеза. Приводимые истории болезней прекрасно иллюстрируют пути применения психоаналитического метода для выявления лежащих в основе расстройств скрытых эмоциональных конфликтов и лечения этих конфликтов, а в итоге — болезни в целом.

⁴ Г. И. Каплан, Б. Дж. Сэдок. Клиническая психиатрия. М.: Медицина, 1994. Т. 1, с. 595–615.

Излишний оптимизм и уверенность в своем подходе, похоже, подвела Александра — он часто без достаточных оснований считал уже достаточно хорошо понятыми механизмы заболеваний, в действительности мало проясненные и к настоящему времени. Из-за этого главы, посвященные конкретным заболеваниям, выглядят, несмотря на постоянную опору на клинический материал, несколько легковесными и проигрывают теоретической части в убедительности. Так, связь психогенного запора с анально-садистскими наклонностями, хотя и не вызовет сомнений у многих психоаналитически ориентированных специалистов, остальным вряд ли покажется доказанной в полной мере. Широко известная гипотеза Александра о роли подавленного гнева в формировании хронически повышенного кровяного давления в целом очень убедительна, однако даже она не имеет однозначного экспериментального подтверждения, и многие вопросы, связанные с ней, до сих пор не прояснены⁵. С другими психосоматическими гипотезами дело обстоит отнюдь не лучше: хотя периодически сообщается о клинических данных, свидетельствующих в пользу той или иной из них, окончательные выводы делать все еще рано. Наконец, эффективность психоаналитического лечения психосоматических расстройств, по-видимому, преувеличивалась: по утверждениям современных специалистов, многие из психосоматических больных попросту не способны адекватно выражать свои эмоции, и поэтому классические психоаналитические техники зачастую не улучшают их состояние⁶.

В то же время не стоит упускать из виду, что эти изъяны в книге Александра — следствие чрезвычайной сложности и слабой разработанности предмета. И по-

⁵ B. T. Engel. An historical and critical review of the articles on blood pressure published in *Psychosomatic Medicine* between 1939 and 1997. — *Psychosom. Med.* 1998. Vol. 60, N 6, pp. 682–696.

⁶ W. Dorfman. *Psychosomatic medicine: some past and current concepts.* — *Psychother. Psychosom.* 1979. Vol. 31, N 1–4, pp. 33–37.

нимание этого предмета за последние полвека, увы, продвинулось очень недалеко. Одна из причин этого заключается в том, что в большинстве исследований в области психосоматики необоснованно игнорируются методологические принципы, разработанные Александером. Это проявляется либо в сосредоточении только на одной стороне, соматической или психической, либо в ограничении анализа расчетом корреляций соматических и психологических показателей, на основе которых делаются лишь самые поверхностные заключения о причинных связях. Проведение масштабных «корреляционных» исследований сейчас — задача, доступная широкому кругу специалистов: имея данные клинических обследований пациентов, нужно лишь дополнить их «психологией» — подключить психологические «профили» личности, прорисованные одним из психометрических тестов, и затем рассчитать, как они связаны друг с другом. Психометрических тестов сейчас великое множество, методов статистического анализа тоже, причем и те и другие легко воплощаются в компьютерных программах; в итоге производительность исследователя, в сравнении с временами Александера, чудовищно возрастает. Однако, если описания механизмов психосоматической патологии, предлагавшиеся Александером, были зачастую слишком умозрительными, то корреляционные исследования, выхватывая лишь отдельные штрихи в сложнейшей картине психосоматических взаимодействий, зачастую вообще ничего не проясняют. Результатом является крайне слабый прогресс в понимании психосоматической природы болезней.

Нельзя не отметить, что Александер явно принимал желаемое за действительное, считая, что «лабораторная эра медицины», для которой был характерно сведение цели медицинских исследований к выявлению «все новых и новых деталей базовых физиологических и патологических процессов», уже завершилась. И напротив,

отмеченная им «тенденция втискивать все большее и большее число заболеваний в этиологическую схему инфекции, где связь между патогенной причиной и патологическим эффектом кажется сравнительно простой», похоже, вовсе не собирается ослабевать: все новые и новые гипотезы о том, что то или иное заболевание — язва желудка, рак и т.п. — вызывается некоторым патогенным микроорганизмом, научная и прочая общественность встречает с неподдельным интересом. Одна из причин продолжающегося процветания «лабораторного подхода» связана с тем, что понимание физиологии человека за последние полвека возросло не только количественно, но и качественно. Раскрытие множества деталей физиологических механизмов на клеточном и молекулярном уровне послужило основой новых успехов фармакологии, а огромные прибыли фармацевтических концернов в свою очередь стали мощным фактором, поддерживающим физиологические исследования; сложился замкнутый круг. Эта мощная система, раскручивающаяся по принципу положительной обратной связи, в значительной мере определяет современное лицо «лабораторной» медицины.

Любопытно, что роль физиологических механизмов стала признаваться ведущей даже в этиологии и патогенезе психических заболеваний. К этому привел огромный прогресс в раскрытии механизмов передачи информации между клетками мозга и связанные с ним успехи в фармакологической коррекции психических нарушений. Необходимость в более широком, системном понимании болезни при этом не отрицается, напротив, иногда она даже возводится в догму, однако реальная ориентация и исследований, и медицинского образования, и организации медицины способствует этому очень мало. В результате очень многие исследователи и врачи фактически руководствуются принципом редукционизма — сведения явлений высшего порядка к низшим.

Вместо рассмотрения здорового и больного организма как психосоматического единства, в котором важны и клеточные механизмы, и межличностные отношения, в которые включен индивид, — подхода, обоснованного и подробно разработанного Александером, — узкие специалисты пытаются решить все вопросы, не выходя за пределы своего излюбленного физиологического уровня. В то же время под знаменем холистического подхода чаще всего выдвигаются совершенно дилетантские идеи, нелепые в теоретическом отношении и неэффективные на практике, не имеющие ничего общего с подлинно научным подходом автора этой книги. Таким образом, наступление психосоматической эры, вопреки ожиданиям Александра, все еще откладывается.

Читателя, не связанного с медициной и физиологией, необходимо предупредить о том, что многие «соматические» детали предлагавшихся Александером гипотетических механизмов патогенеза, несомненно, в той или иной степени устарели. Даже такое, казалось бы, несложное явление, как язвообразование, понимается сегодня совсем иначе, чем во времена Александра, и вместо одного заболевания теперь выделяют порядка трех десятков типов пептических язв, различающихся по физиологическим механизмам возникновения и развития патологического процесса⁷. Очень многое стало известно про гормональную регуляцию физиологических процессов, про иммунные процессы (играющие, в частности, важную роль при артрите), а прогресс в понимании механизмов наследственности и вовсе колоссален — стоит хотя бы вспомнить, что носитель генетического кода был установлен уже после появления этой книги! Впрочем, наиболее ценным в книге являются не описания гипотетических механизмов конкретных заболеваний, хотя и

⁷ H. Weiner. From simplicity to complexity (1950–1990): the case of peptic ulceration. I. Human studies. Psychosom. Med. 1991. Vol. 53, N 5, pp. 467–490.

они заключают множество тонких наблюдений и вполне бесспорных выводов, а открывающаяся за ними методология проникновения в психосоматическую природу болезней.

В завершение остается выразить надежду, что большую пользу из книги сможет извлечь самый широкий круг специалистов и просто любопытных читателей. Все они смогут познакомиться в авторском изложении со знаменитой гипотезой Александера о психогенезе органических заболеваний, которую признают наиболее глубоко разработанной из всех, когда-либо выдвигавшихся⁸. Особый интерес она может представить для отечественных врачей, специализирующихся в области психосоматической медицины, поскольку раскрываемое автором возможное значение бессознательных психических конфликтов в этиологии соматических нарушений — это как раз то, на что по идеологическим причинам в советской школе психосоматики было наложено табу. Как врачи, так и психологи и психоаналитики смогут познакомиться со множеством тонких наблюдений из клинического опыта. Для всех них, несомненно, будет интересно узнать, как именно понимал цели и сущность психосоматической медицины один из ее основателей. Ну и, конечно, блестящий антиредукционистский анализ взаимодействия души и тела, пронизательно и логично проведенный превосходным специалистом-практиком, — настоящая находка не только для профессиональных философов и методологов.

С. Л. Шишкин, кандидат биологических наук

⁸ Z. J. Lipowski. What does the word «psychosomatic» really mean? A historical and semantic inquiry. — *Psychosom. Med.* 1984. Vol. 46, 2, pp. 153–171.

Предисловие автора

Данная книга, результат более ранней публикации, «Медицинское значение психоанализа», имеет две цели. В ней делается попытка описать базисные концепции, на которых основан психосоматический подход в медицине, и представить то, что известно о влиянии психологических факторов на телесные функции и их нарушения. Она не содержит исчерпывающий обзор многочисленных отдельных наблюдений, опубликованных в медицинской литературе, о влиянии эмоциональных факторов на заболевание; в ней представлены лишь результаты систематических исследований.

По мнению автора, прогресс в данной области требует признания базисного постулата: что психологические факторы, влияющие на физиологические процессы, должны быть подвергнуты такому же детальному и тщательному изучению, как это принято в исследовании физиологических процессов. Указание на эмоции в таких общих выражениях, как тревога, напряжение, эмоциональная неустойчивость, является устаревшим. Актуальное психологическое содержание эмоции должно быть исследовано с помощью самых современных методов динамической психологии и соотнесено с телесными реакциями. В эту книгу включены лишь такие исследования, которые проводятся в соответствии с данным методологическим принципом.

Другой постулат, характеризующий эту работу, заключается в том, что психологические процессы не отличаются фундаментальным образом от других процессов, происходящих в организме. Они в то же время являются физиологическими процессами и отличаются от дру-

гих телесных процессов лишь тем, что воспринимаются субъективно и с помощью слов могут быть сообщены другим. Поэтому их можно исследовать психологическими методами. Каждый телесный процесс подвергается прямому или косвенному воздействию психологических стимулов, потому что организм образует единое целое со всеми своими взаимосвязанными частями. Поэтому психосоматический подход может быть применен к любому явлению, которое имеет место в живом организме. Такая универсальная применимость говорит в пользу того, что в медицине наступает психосоматическая эпоха. В настоящее время не может быть сомнения в том, что психосоматический подход предлагает новое понимание организма как целостного механизма. Установлены терапевтические возможности лечения многих хронических заболеваний, что вселяет надежду на дальнейшее применение психосоматического подхода в будущем.

Чикаго, декабрь, 1949.

Благодарности

Психосоматический подход — многодисциплинарная процедура, в которой психиатры сотрудничают с экспертами в различных областях медицины. Эта книга является результатом семнадцатилетнего сотрудничества с коллегами в Чикагском институте психоанализа и другими специалистами-медиками.

Я хочу поблагодарить доктора И. Артура Мирски за помощь в оценке некоторых физиологических данных, в частности в разделах, посвященных гормональным механизмам, нервной анорексии, гипертонии, тиреотоксикозу и сахарному диабету, и за подготовку иллюстраций, а также мисс Хелен Росс, докторов Томаса Саса и Джорджа Хэма, которые прочитали рукопись и внесли ценные предложения. Глава о тиреотоксикозе основана на исследовательской работе, проведенной мною в сотрудничестве с доктором Джорджем Хэмом и доктором Хью Кармайклом, результаты которой будут опубликованы в «Журнале психосоматической медицины».

Некоторые главы рукописи основаны на ранее опубликованных статьях. Я хочу поблагодарить доктора Карла А. Л. Бингера и Пола Б. Хебера за разрешение перепечатать отдельные мест из статей, опубликованных ранее в «Журнале психосоматической медицины» (F. Alexander: «Psychological Aspects of Medicine», «Emotional Factors in Essential Hypertension», «Psychoanalytic Study of a Case of Essential Hypertension», «Treatment of a Case of Peptic Ulcer and Personality Disorder»; F. Alexander and S. A. Portis: «A Psychosomatic Study of Hypoglycaemic Fatigue»), доктора Сидни Портиса за разрешение перепечатать разделы из главы, опубликованной в книге

«Diseases of the Digestive System», Совет национальной безопасности Чикаго за разрешение перепечатать мою статью, опубликованную в сборнике «Current Topics in Home Sa-fety», а также доктора Яго Гэлдстона и Генри Х. Уиггинса, за разрешение перепечатать выдержки из моей статьи «Present Trends in Psychiatry and the Future Outlook», опубликованной в книге «Modern Attitudes in Psychiatry», издательство Columbia University Press и послужившей основой для некоторых частей введения и определенных разделов первых пяти глав.

ЧАСТЬ ПЕРВАЯ

ОБЩИЕ ПРИНЦИПЫ

Глава 1. Введение

Пациент как человек со своими тревогами, страхами, надеждами и отчаянием, как единое целое, а не просто как носитель органов — больной печени или желудка — снова становится законным объектом медицинского интереса. В последние два десятилетия роли эмоциональных факторов в возникновении заболеваний уделяется все большее внимание. В среде врачей утверждается психологическая ориентация. Некоторые добропорядочные консервативные клиницисты рассматривают это как угрозу обретенным с таким трудом основам медицины, и раздаются влиятельные голоса, предупреждающие медиков о том, что новоявленный «психологизм» несовместим с медициной как естественной наукой. Они предпочли бы, чтобы медицинская психология оставалась ограничена областью медицинского искусства, тактом и интуицией в обращении с пациентом, отличными от строго научного метода терапии, основанной на физике, химии, анатомии и физиологии.

Однако в свете исторической перспективы данный психологический интерес является не чем иным, как возрождением прежних донаучных представлений в новой, научной форме. Забота о страдающем человеке не всегда разделялась между священником и врачом. Некогда целительские функции, душевные и физические, были объединены в одних руках. Каким бы ни было объяснение целительной силы знахаря, или евангелиста, или святой воды из Лурда, вряд ли есть какое-либо сомнение в том, что все они часто добивались поразительного лечебного эффекта, в определенном отношении даже более впечатляющего, чем многие из наших лекарств, которые мы можем анализировать химически, и фармакологические эффекты которых нам точно известны. Этот психо-

логический аспект медицины уцелел лишь в рудиментарной форме как врачебное искусство и умение подойти к больному, тщательно отделенные от научного аспекта терапии и воспринимаемые главным образом как относящиеся к воздействию врача на пациента посредством утешения и внушения.

Современная научная медицинская психология представляет собой лишь попытку поставить врачебное искусство, психологическое воздействие врача на пациента, на научную основу и сделать его составной частью терапии. Вряд ли можно сомневаться в том, что большая доля терапевтического успеха в профессии целителя — знахаря и священника, а также современного практикующего врача — обусловлена неопределенной эмоциональной связью между целителем и его пациентом. Однако эта психологическая функция врача в значительной степени игнорировалась в прошлом столетии, когда медицина стала подлинно естественной наукой, основанной на применении принципов физики и химии к живому организму. Основной философский постулат современной медицины гласит, что тело и его функции могут быть поняты с позиции физической химии, что живые организмы — физико-химические механизмы, а идеал врача — стать инженером тела. Признание психологических сил, то есть психологический подход к проблемам жизни и болезни, представляется некоторым людям возвратом к невежеству средневековья, когда болезнь считалась деянием злого духа, а терапия заключалась в заклинании, изгнании нечистого духа из больного тела. Совершенно естественно, что новая медицина, основанная на лабораторных экспериментах, ревностно защищала свой недавно приобретенный научный ореол от таких устарелых мистических концепций, как концепции психологии. Медицина, этот новопришелец среди естественных наук, во многих отношениях заняла позицию, типичную для

Конец ознакомительного фрагмента.

Приобрести книгу можно

в интернет-магазине «Электронный универс»

(e-Univers.ru)