

Дмитрий
Рождественский

*Homo
somaticus*

Человек
соматический



**Homo
Somaticus**

Дмитрий
Рождественский

Ното
Человек **Somaticus**
СОМАТИЧЕСКИЙ

Санкт-Петербург
2009

ББК 88.5

Рож 62

Рождественский Дмитрий Сергеевич

Рож 62 Homo Somaticus. Человек соматический. – Спб: ИП Седова Е. Б., 2009, 264 с.

ISBN 978-5-904378-01-1

Эта книга – не о психосоматических заболеваниях, как можно было бы предположить, хотя речь в ней пойдет и о них также. Она посвящена особой инстанции человеческой личности, своего рода «внутреннему субъекту», существующему в каждом из нас – субъекту, у которого функции психики берет на себя тело. «Человек соматический» принадлежит той неразгаданной до сих пор области, где психическое трансформируется в телесное; области, демонстрирующей нам отсутствие четких границ между нематериальным и материальным, между психической и соматической патологией. Он бывает иногда – в редких случаях – почти всеобъемлющим, создавая хорошо узнаваемый образ «классического психосоматика» (при этом далеко не всегда обремененного телесной болезнью); чаще же – скрытым в личности, почти незаметным в обыденной жизни и выступающим на авансцену лишь в особых ситуациях, требующих от человека нестандартных усилий для адаптации или примитивного выживания. «Человек соматический» – тот, к кому малоприменим язык традиционного, классического психоанализа, поскольку его экономика носит не только психический характер, а его внутренний мир существенно отличается от того, с которым психоанализ привык иметь дело. Возможно, этот человек внутри нас несет ответственность за то, что в нашей жизни вообще существуют соматические расстройства.

Его пытались понять несколько поколений психоаналитиков, начиная с Фрейда, и каждое, казалось бы, достигнутое понимание порождало круг новых проблем и вопросов; на протяжении всего XX столетия медицина с трудом находила точки соприкосновения с психоанализом или не находила их вовсе, а психосоматика как наука от психоанализа все больше дистанцировалась – несмотря на многочисленные попытки как психологов, так и врачей разработать именно психоаналитический подход к проблемам телесного. Практически все, что мы сегодня знаем о связях тела и психики, остается на уровне гипотез, и неудивительно: изучению тела были посвящены тысячелетия, в то время как психоанализ существует немногим более ста лет. Поэтому в книге ни на один вопрос нет окончательного ответа: область психосоматики до сих пор остается terra incognita, привлекательная исследователям и стимулирующая (хочется в это верить) дальнейшее развитие психо-

ISBN 978-5-904378-01-1

© Д.С. Рождественский, текст, 2009.

ПРЕДИСЛОВИЕ АВТОРА

В 1908 году, то есть ровно за сто лет до того, как я взялся за работу над этой книгой, дрезденский врач Штегманн описал в психоаналитической парадигме некоторые случаи бронхиальной астмы у детей: кажется, то был первый в истории прецедент психоаналитического подхода к соматическому заболеванию. С тех пор о проблемах психосоматики написаны тысячи статей, монографий, учебников, авторами которых были всемирно известные врачи-клиницисты, начиная с Дейча и фон Вейцдекера и заканчивая Бройтигамом, Кристианом, Марти и др. Почему, не обладая их опытом и даже не имея медицинского образования, я решился присоединить к этому библиографическому ряду свой труд?

Как я, так и многие из моих коллег, практикующие психологи и психотерапевты, не являясь врачами, тем не менее встречаются в своей каждодневной профессиональной деятельности не только с физически совершенно здоровыми пациентами (да и бывают ли такие?). Мужчина, страдающий язвой, приходит в терапию для решения проблемы отношений в семье; женщина обращается в связи с депрессивным состоянием, а попутно выясняется, что ее много лет мучает тахикардия, и т. д. Болезнь не служит основанием для отказа в помощи, даже если психотерапевт не является специалистом соответствующего соматического профиля. Однако он иногда обнаруживает, что диалог с этими пациентами имеет свою специфику и может существенно, причем не в более легкую сторону, отличаться от диалога с большинством других. У них бывает – и нередко – бедное воображение, эмоциональная закрепощенность, им порой трудно говорить о себе, соприкоснуться со своим внутренним миром; и, несмотря на выраженную готовность следовать всем правилам и условиям терапии, они могут годами не прогрессировать в ней. Случается и так, что аналогичные проблемы возникают и в работе с человеком, который обладает отменным физическим здоровьем. С другой стороны (и это общеизвестный факт), подавляющее большинство врачей лечит пациентов, игнорируя психологические аспекты их состоя-

ний – в то время как, согласно некоторым статистическим данным, около 60–80 % всех болезней обусловлено или, по крайней мере, опосредовано психикой (Пезешкиан, 1996).

Понятие психосоматики и психосоматической медицины основано на неразрывности связей душевного и телесного в человеке: каждое психическое потрясение находит отчасти выражение в соматических реакциях, так же как любое соматическое заболевание отзывается в эмоциональной сфере. В узком смысле психосоматика есть научное и лечебное направление, устанавливающее взаимозависимости душевных переживаний и реакций организма и исследующее психическую преобусловленность, например, бронхиальной астмы, язвенного колита, нейродермита и др. Кроме того, до сих пор неизвестна доподлинно этиология многих болезней, для которых предполагается роль психического фактора наряду с другими: сюда можно отнести и серьезные соматические патологии, и функциональные расстройства, и соматические проявления при психотических и пре-психотических состояниях. В более широком или даже всеобъемлющем смысле психосоматическое исследование ориентировано на социокультурную сферу, влияющую на душевное и телесное равновесие индивида. Более или менее выраженные эмоциональные конфликты, способные стать причиной неврозов, функциональных и органических расстройств, возникают в нашей повседневной жизни во взаимодействии с окружающей реальностью. Мы переживаем иногда тревогу, агрессию, чувство вины, иногда – хроническое напряжение, ведущее к нарушениям вегетативной деятельности. Какая-то часть нашей личности – у кого-то почти незаметная, у кого-то практически всеобъемлющая – препятствует нормальной разрядке эмоций и направляет их в иное русло, в русло телесных процессов. Эта часть, возможно, ответственна за то, что в нашей жизни вообще присутствует болезнь – будь то насморк или язвенный колит. Я могу предположить даже, что и инфекционные, и вирусные заболевания связаны с ней как с инстанцией, отчасти обуславливающей пониженную сопротивляемость организма. И психосоматическим в данном смысле является каждый наш пациент, каждый человек.

Я рискнул взяться за эту работу потому, что большинство существующих трудов по проблемам психосоматики носит все же главным образом медицинский характер: первостепенное внимание в них уделяется физиологическим аспектам заболеваний, и мне кажется, что это касается и работ «отца психосоматической медицины» – Франца Александера. К сожалению, при этом остается в тени тот «соматический человек» в нашем Я, который отвечает за запуск описываемых процессов и может быть представлен скорее в психологическом, чем в органическом

ракурсе. Еще раз подчеркну, что человек этот существует, на мой взгляд, в каждом из нас – хотя бы потому, что все мы способны не только к психическим, но и к телесным реакциям на раздражители.

В работе «Анализ конечный и бесконечный» Фрейд предложил шкалу состояний человеческого Я в виде диапазона, на одной окраине которого находится гипотетическое «абсолютно нормальное» Я, на другой – «абсолютно нарушенное» (Фрейд, 1998а). Разумеется, и то, и другое существует лишь в теории: ведь как при самой тяжелой психопатологии субъект все же сохраняет относительно неповрежденные области своего Я, так и психически совершенно здоровая личность обладает тем, что окружающие ее люди могут назвать, например, особенностями. Используя данный прием Фрейда, мы могли бы подобным же образом представить все многообразие индивидов как диапазон между человеком «абсолютно психическим» и «абсолютно телесным». Первый выглядел бы как предельно эмоциональный, не склонный к торможению, обладающий бурной фантазией, живым мышлением (и, по-видимому, невысокой социальной адаптивностью, которая ведь предполагает умение сдерживать чувства и фантазии и ориентироваться на реальность). Вторым – как предельно спокойный, выдержанный, конкретно мыслящий, не продуцирующий ярких фантазий и эмоций, живущий исключительно реальностью и реагирующий на внешние раздражители также исключительно изменениями телесных процессов. Тогда можно было бы сказать, что в первом из них «человек соматический» отсутствует, в то время как во втором он охватывает всю структуру личности. К счастью, в действительности две эти стороны сбалансированы в каждом субъекте, и вопрос лишь в том, какая из них доминирует и в какой степени смещен баланс.

Я стал писать эту книгу не для того, чтобы окончательно ответить на множество вопросов, возникающих в связи с темой *homo somaticus*: я не знаю ответов на них. Скорее я намерен поделиться своим впечатлением огромной сложности этой темы. Так сложилось, что основная часть внимания психоаналитиков всегда адресовалась «человеку психическому», а «соматическим» в это время занимались врачи. Я же хотел бы поговорить о «соматическом человеке» именно в психологическом аспекте, и, может быть, то, что я – не врач, не затруднит, а облегчит данную задачу. Мне не удастся вовсе оставить «за кадром» вопросы телесности хотя бы потому, что наиболее наглядные примеры проявлений «человека соматического» нам демонстрируют чаще всего как раз заболевания тела. Однако намерений нарушать границы своей компетенции у меня нет.

Те, кто читал книгу Леонида Соловьева «Повесть о Ходже Насреддине», наверняка помнят следующий эпизод. Возлюбленная

Насреддина – Гюльджан – была похищена слугами эмира и отправлена в гарем, где ее стала одолевать некая болезнь. Эмир вызвал для лечения новой наложницы мудреца (и, очевидно, врача) из Багдада; Насреддин же с помощью хитроумной комбинации под его видом и именем проник в эмирский дворец. Увидев любимого, девушка мгновенно выздоровела, чем Насреддин не преминул похвалиться перед настоящим мудрецом. «Ты вылечил девушку! – воскликнул мудрец, – да как ты мог ее вылечить, невежда, если ты ничего не понимаешь в болезнях!» – «Я ничего не понимаю в болезнях, – отвечал Насреддин, – зато я понимаю в девушках». Вот принцип, которым я руководствуюсь, взявшись за данную тему; и вот принцип, который я рекомендовал бы психотерапевтам без медицинского образования, берущимся за работу с телесно больным или склонным к выраженным телесным реакциям пациентом. Такая работа может иметь определенные особенности, связанные со спецификой психической деятельности «человека соматического» – спецификой, затрудняющей традиционный психоаналитический подход. Об этом и пойдет речь.

В заключение предисловия я хотел бы выразить признательность людям, прямо или косвенно способствовавшим мне в написании книги: профессору Михаилу Решетникову – директору Восточно-Европейского Института психоанализа, в стенах которого я уже пятнадцать лет веду психоаналитическую практику и преподавательскую деятельность, и его сотрудникам – моим коллегам: Юрию Баранову, Андрею Куликову, Марии Машовец, Сергею Соколову, Владимиру Шамову, а также многим другим, чьи имена перечислить здесь сложно. Моя отдельная благодарность – моей жене Ирине Порошиной, которая проявляла завидное терпение, когда я часами и днями не отрывался от этого текста, и морально поддерживала меня на протяжении всего периода работы. Наконец, хотя это и может показаться кому-нибудь странным, я добавлю к данному перечню имя писателя и афориста Станислава Ежи Леца, чьи высказывания были использованы мной в качестве эпиграфов к некоторым главам: на мой взгляд, они весьма ярко отражают суть ряда аспектов «психосоматической метафизики», раскрытию которых книга и посвящена.

I. ТЕЛО И ПСИХОАНАЛИЗ

Ну вот, ты пробил головой стену.
А что ты будешь делать в соседней комнате?

Станислав Ежи Лец

1. ПСИХОАНАЛИЗ И ПСИХОСОМАТИЧЕСКАЯ МЕДИЦИНА

Трудно избавиться от ощущения, что в самом слове «психосоматика» заключена некая неискренность. Огромное множество книг и статей, затрагивающих этот предмет, внушает нам, что данный термин был некогда введен в обиход вследствие понимания нераздельности и единения функционирования психического и телесного; однако сама структура слова как бы служит цели совмещения несовместимого, создавая своего рода оксюморон. Если бы его создатели и пользователи действительно имели в виду некую обобщающую целостность, им было бы логичнее предложить новое слово, подобно тому как, например, для обозначения единства в определенном аспекте мужчин и женщин мы используем понятие «люди», а не «мужеженщины» или «женомужчины». Дихотомию тела и души легко отрицать теоретически, но на практике такое отрицание сталкивается с рядом серьезных проблем. Вероятно, именно во избежание последних психологи и врачи соматического профиля не торопятся найти общий язык.

Со времен Фрейда в классическом психоанализе было принято противопоставление телесного и психического, которое выразилось, в частности, в тезисе основателя метода: «влечения есть конечный пункт психоаналитического познания». Фрейд подразумевал, что влечение есть феномен, пограничный между душой и телом, или, точнее, явление, которое может быть рассмотрено как в физиологическом, так и в психологическом ракурсе. Говоря о «конечном пункте познания», он имел в виду, что глубже влечений начинаются чисто физиологические процессы, которые психоаналитика интересоваться не должны. Под «телесным» или «соматическим» в психоанализе понималась вся совокупность клеток тела, кроме зародышевых – то есть та телесность, которая составляет смертного индивида, в противоположность той, что обеспечивает продолжение рода (Райкрофт, 1995).

Тем не менее слово «психосоматика» родилось задолго до появления психоанализа: впервые его использовал в 1818 году немецкий врач Иоганн Хайнрот применительно к проблеме бессонницы. Чуть позднее, в 1822 году, Иоганн Якоби сформулировал понятие «соматопсихического», призванное подчеркнуть доминанту телесности в некоторых заболеваниях. Ровно через сто лет после Якоби повсеместному укоренению термина «психосоматическое» в нынешнем понимании способствовали работы венского аналитика Феликса Дейча, который обозначил психосоматическую медицину как «прикладной психоанализ в медицине». Впоследствии психоаналитики стали именовать болезни и симптомы «психосоматическими» в двух основных случаях: если невротическая симптоматика сопровождается выраженными физиологическими расстройствами функций (в отличие от конверсионной истерии) и если болезнь пациента может рассматриваться как проявление его личности, конфликтов, истории жизни (в отличие от чисто органического заболевания).

Данное определение, однако, затруднялось, во-первых, свободой толкования связей между личностью пациента и его болезнью; во-вторых, тем, что конституциональные факторы могут предрасполагать и к психическим, и к соматическим патологиям. Понятие психосоматики в итоге делалось столь всеобъемлющим, что под сомнением оказалась ценность самого термина. Все шире распространялась точка зрения, согласно которой все или почти все болезни тела следует рассматривать как психосоматические, поскольку в любой из них задействованы психические факторы: в одних случаях речь идет об эмоциональной реакции на физиологически обусловленное заболевание (по Якоби – «соматопсихические» расстройства), в других – о психологических истоках телесных нарушений.

Мы знаем о связях души и тела слишком мало, чтобы уверенно разделить и такую популярную точку зрения, согласно которой эмоционально-психические факторы стоят наряду с другими у истоков любой органической болезни без исключений. Нам лишь известно из литературных источников, что, по самым осторожным оценкам, каждый третий больной, обращающийся к врачу-интернисту, страдает функциональным или эмоционально обусловленным расстройством. Внутренние конфликты, специфические реакции, психореактивные связи определяют картину органического страдания, его длительность, течение и, возможно, его резистентность к терапии (Любан-Плоцца, Пельдингер, Крегер, 1996). Наш главный вопрос может быть сформулирован так: насколько способна психотерапия и, в частности, психоанализ к позитивному влиянию на судьбу физической патологии? Почему врачи обыкновенно пренебрегают возможностями психологического воздействия на болезнь,

если таковые имеются, и – с другой стороны – почему Фрейд призывал аналитиков ограничиваться в своих исследованиях психическим, избегая вовлеченности в тело пациента?

Как отмечают Бройтигам с соавторами, в настоящее время уже окончательно доказана эффективность психотерапии в лечении многих психосоматических заболеваний (подразумевается группа расстройств, в этиологии и патогенезе которых играют роль психологические факторы). Приводимые ими результаты статистических исследований подтверждают, что по крайней мере восемьдесят процентов больных, проходящих психотерапевтическое лечение, имеют больше шансов избавиться от своих симптомов, чем не проходящие ее пациенты из контрольной группы. Эти авторы добавляют, что из огромного числа психотерапевтических методик только три обладают статусом методики с достоверной эффективностью: разговорно-терапевтическая (с определенными ограничениями), поведенчески-познавательная и психоаналитическая (Бройтигам, Кристиан, Рад, 1999). Однако в течение XX столетия психоанализ разветвился в стольких направлениях и ныне предлагает столько методологических подходов к различным заболеваниям, что данный тезис не сообщает фактически ни о чем. В частности, Гюнтер Аммон, основатель школы «динамической психиатрии», определяет психоанализ психосоматических расстройств не как науку (психоанализ), прилагаемую к лечению органических больных, но как совершенно особую науку лечения таких больных (Аммон, 2000). Показателен факт, что в большинстве статей и монографий по психосоматической медицине относительно редко приходится встречать ссылки на авторов, работающих в сфере «чистого» психоанализа. Так, в перечне литературных источников к книге Франца Александера «Психосоматическая медицина», содержащем 260 наименований, работы Фрейда упоминаются четыре раза; в перечне к только что упомянутой одноименной книге Бройтигама с соавторами (122 наименования) ссылок на Фрейда нет.

Когда в 1950 году на Международном психиатрическом конгрессе в Париже Александер сообщил о результатах работы специалистов Чикагского аналитического института с психосоматическими пациентами, реакция психоаналитического сообщества была бурной и крайне неоднозначной. Обсуждение выступления Александера вылилось в жесткую полемику о том, можно ли называть психоанализом лечение, предполагающее допустимость телесных контактов, директивных установок, манипулирования реакциями переноса и т. д. Работа чикагских аналитиков явно продолжала некоторые традиции Ференци, отношение к которым со стороны ортодоксального большинства было, мягко гово-

ря, сложным. Мишель Фэн предполагал впоследствии, что, вероятно, сообществом усматривалась прямая связь между активной техникой, ориентированной на тело больного, и смертельной соматической болезнью самого Ференци (Фэн, 2005). Однако возможно и то, что в данной реакции выразился протест гораздо более глубокий и принципиальный – протест против объединения лечения тела и души.

Основная проблема, связанная с психоанализом психосоматических патологий, заключается в том, что он подразумевает интеграцию психоаналитического метода в систему медицины. Дело даже не в том, что тело и душа представляют два принципиально разных объекта исследования (это вопрос дискуссионный), а в огромной разнице между двумя инструментариями познания – медицинским и психоаналитическим. Медицина, физиология, анатомия – естественнонаучные области. Является ли в то же время наукой в классическом понимании психоанализ, уверенно утверждать нельзя. Возможно, в этом состоит ведущая причина сопротивления врачей психоаналитическому подходу, равно как и сопротивления психоаналитиков прикосновению к телесности.

Споры о научности психоанализа сопровождали его с момента рождения. В них изначально был вовлечен широкий круг европейских ученых, от психиатров и физиологов до представителей всех наук, которых психоанализ касался: этнографов, антропологов, культурологов, педагогов. Его критиковали с позиций научной методологии, он обвинялся в несоответствии научным канонам и логике. По сей день его нередко представляют современной мифологией, аргументируя данный тезис тем, что его положения и выводы не верифицируемы и непроверяемы. В этих утверждениях много истины. В отличие от медицины, психоанализ имеет дело не с измеримой вещественностью природы, а с субъективными и всегда уникальными личностными переживаниями и психическими структурами. Он принадлежит той области познания, где исследователь через ощущение и интерпретацию способен приблизиться к целостности, смыслу, экзистенциальному пониманию. И можно было бы уверенно заявить, что его приложение к проблемам, которыми занимается медицина, есть нечто абсурдное, если бы не одно обстоятельство. Оно состоит в том, что телесное и психическое, то есть материальное и нематериальное, исследуемые столь разными методами, в человеке не только сочетаются, но и непрерывно взаимодействуют, влияя друг на друга и формируя то единство, которое мы обозначаем словом «личность».

Психосоматическая медицина возникла вследствие роста недовольства врачей механистическим подходом к человеку как простой сум-

ме клеток и органов. Другой причиной стала конвергенция холистической и психогенной концепций. Психосоматика как наука стала целительной реакцией на медицину деперсонализованную, «немую», доводящую до крайности узость врачебных специализаций и в корне изменившую отношения терапевта и пациента благодаря прогрессу технических средств. Основой психосоматической медицины стал системно-теоретический подход как производная процесса, зародившегося в естественных науках в начале XX столетия и достигшего в его середине психосоциальной и терапевтической сферы. В математике, физике, биологии, в некоторых областях медицины в этот период наметился переход от редукционистской модели мышления к системной парадигме, дающей понимание любого феномена (в том числе и болезни) как следствия не простого стечения или суммы факторов, но их специфического взаимодействия. Как раз в русле данной тенденции и стал развиваться психосоматический подход. Какую роль сыграл в его эволюции психоанализ?

С точки зрения Кремерису, именно психоаналитическое учение о неврозах стало основой развития психосоматической медицины: Фрейд создал ее психофизиологическую концептуальную базу, убедительно показав возможность психогенного происхождения телесных симптомов. Изучение истерии породило целый ряд самостоятельных областей знания. Из диалектического подхода к истерической конверсии наряду с сексологией и дифференциацией органических и душевных болезней вырос психоанализ, позволивший по-новому взглянуть на расстройства органов.

Как уже упоминалось, влечения определялись Фрейдом как конечный пункт психоаналитического исследования, поскольку они представляли собой область, «пограничную» между психическим и телесным. Заметим, однако, что то же самое можно сказать и о сфере эмоций. Каждая эмоция имеет физиологический компонент: печаль вызывает слезы, стыд – покраснение кожи и жар, страх – озноб, и т. д. Под эмоциональной нагрузкой происходят физиологические изменения деятельности организма: учащается сердцебиение, повышается кровяное давление. Однако до XX столетия медики уделяли небольшое внимание исследованию этих явлений, поскольку они служили частью повседневной жизни, и их влияние на здоровье человека не было слишком заметным.

Но и сам создатель психоанализа не отдал должное эмоциональной стороне человеческого существования: психоаналитическая теория аффектов и эмоций была разработана лишь в семидесятые годы прошлого века. Фрейд предпочитал исследовать бессознательные фантазии, импульсы, желания, то есть исключительно или почти исключительно психические репрезентации влечений. Своего рода парадокс состоял

в том, что, постулируя главенство телесных потребностей в системе личностных мотиваций (разрядки инстинктного напряжения), Фрейд по сути разъединил душу и тело. Одним из следствий такой односторонности подхода стало то, что психоаналитики долгое время были бессильны перед «актуальными неврозами» – неврастенией и неврозом страха, – симптомы которых не заключали в себе смысла, подлежащего разгадке. Симптоматика «психоневрозов», то есть истерии и невроза навязчивых состояний, представляла зашифрованные послания, которые аналитику надлежало дешифровать посредством интерпретаций. Симптомы неврастения – такие, как парезы, утомляемость, потливость, сердцебиение и т. д., – очевидно, также имели психогенную природу, но не означали ничего, кроме самих себя, и интерпретациям не подлежали. Психоанализ овладел работой с этими нарушениями лишь тогда, когда Я-психологи смогли переформулировать главный вопрос аналитика: вместо «что данная телесная реакция сообщает?» требовалось спросить себя: «в каких условиях могла зародиться предрасположенность к ней?». Это смещение акцентов исследования стало важнейшим шагом к психоаналитическому пониманию телесных проблем.

Современная психосоматическая медицина немислима без психоаналитических наработок. Именно психоанализу она обязана стимулом к изучению связей психики и сомы в процессе заболевания и целым рядом основополагающих концепций. И все-таки отношения между психоанализом и психосоматикой остаются весьма сложными, и эти сложности касаются (и всегда касались) вопроса, с которого я начал данную главу.

Александр неоднократно подчеркивал, что психосоматический подход основан на отрицании дихотомии психического и телесного – дихотомии, которая часто становилась источником критики самого термина «психосоматика». Он утверждал, что этот термин следует использовать прежде всего для обозначения методологии исследования и терапии, то есть одновременного и взаимно скоординированного применения соматических и психологических методов и концепций. Также Феликс Дейч, которому психосоматическая медицина обязана не только научным вкладом, но и самим названием, долго считал, что ее развитие позволит говорить о примирении психологии и медицины в новых рамках.

Александр Митчерлих, напротив, всегда настаивал на полном отделении психоаналитической психосоматики от психофизиологических направлений, указывая на ценность исключительно «чистого» психоаналитического метода, разработанного для терапии психоневрозов. Аналогичным образом Виктор фон Вейцдекер полагал, что психосоматическая медицина должна оставаться только глубинно-психологической дисциплиной. Однако

он оговаривался, что традиционная психоаналитическая теория не решает проблем органических заболеваний: для этого необходимы новые разработки и новые шаги навстречу реальности. Виттковер, один из пионеров психосоматической медицины, утверждал, что «психоаналитическая эпоха» была необходима для ее становления, но она постепенно уходит в историю; в будущем господствовать в психосоматике станут нейрофизиологи, биохимики, экспериментально ориентированные психиатры (цит. по: Аммон, 2000). Нелишне заметить, что данная точка зрения близка взгляду, который в свое время выражал сам Фрейд: психоанализ есть лишь временное средство изучения и лечения неврозов, будущее же в этой области познания принадлежит биохимии и фармакологии.

Возможно, со временем психоанализ (и вообще психотерапия) действительно уступит позиции методам, позволяющим быстро и эффективно облегчать состояние пациента, воздействуя на органические процессы. Об этом можно дискутировать. Но нельзя не заметить, что в отношении современных врачей к «психологизации сомы» таится значительный субъективизм. В древности целители нередко объединяли функции благодетеля как души, так и тела – например, колдуны или знахари. С развитием науки психотерапевтическая задача врача отошла на второй план, а медицина обрела статус подлинно естественной области знания: тело и его деятельность стали рассматриваться с позиций физической химии, врач же превратился в своего рода «инженера тела» или «соматического слесаря». Психологический подход к проблемам телесности, вероятно, стал представляться ученым на этом фоне возвратом ко временам экзорцизма и изгнания злых духов.

Одним из следствий данной тенденции оказалась переоценка врачами значения физиологических факторов. Прогресс в фармакологической коррекции нарушений привел к тому, что даже в этиологии и патогенезе психических расстройств стали видеть доминирующую роль физиологических механизмов. При этом редко отрицалась необходимость более широкого понимания проблемы, но реальная ориентация медицины мало тому способствовала. В основном в ней реализовывался принцип редуccionизма, призывающий сводить явления высшего порядка к низшим как элементарным составляющим (по выражению российского психиатра и психоаналитика Николая Осипова – «изучать архитектуру путем анализа химического состава кирпичей»). В итоге даже после появления психоаналитического подхода к телесным болезням большинство врачей в своей практике осталось изолировано от этого направления. Во вступлении к русскому изданию книги Александра «Психосоматическая медицина» Михаил Ромашкевич замечает, что

и в наши дни в мире существует всего лишь несколько психосоматических институтов, главным образом во Франции и в США, и мало кто из пациентов проходит лечение не только у врача соматического профиля, но и у психотерапевта. Также Бройтигам с соавторами сообщают, что к концу XX века показания к психоанализу в клиниках всего мира резко сократились. В амбулаторном отделении психосоматической клиники Гейдельбергского университета анализ проходили лишь 2–3 процента людей, обратившихся за помощью; в Меннингерской же клинике (США) были предприняты существенные модификации метода, затрагивающие частоту и длительность сессий, а также активность терапевта (Бройтигам, Кристиан, Рад, 1999).

Как отмечал Александер, стойкой ошибкой многих врачей является вера в то, что, если для болезни установлена эмоциональная этиология, то пациента следует направлять к психиатру. Это не что иное, как обратная сторона представления о том, что, если болезнь является соматической, психотерапия в ее лечении не нужна (Александер, 2000). Возможно, мысль о психотерапевтической помощи вызывает у врача опасение, что работа с больным отнимет слишком много времени или что эмоциональная вовлеченность в его проблемы окажется чрезмерной. Так или иначе, многие пациенты не получают того, что им действительно необходимо. Любан-Плюцца с соавторами описывают в этой связи весьма показательный случай с женщиной, которая в течение двух с половиной лет пыталась лечиться у восемнадцати врачей и возила с собой два с половиной килограмма прописанных ими лекарств. Многие из упаковок даже не были ею вскрыты: она просто хранила их как символы отношений, в которых чувствовала потребность (Любан-Плюцца, Пельдингер, Крегер, 1996).

Существует и другая сторона проблемы. Еще в 1943 году Вайс и Энглиш утверждали, что психосоматический подход не столько умаляет роль телесного, сколько уделяет больше внимания душевному. Как упоминалось выше, и Александер настаивал на поддержке оптимального баланса между соматическим и психологическим взглядом. Однако на практике этот принцип трудно поддается реализации из-за ограничения возможности сохранять эмпирический дуализм. Душевное и телесное трудно одновременно держать в поле зрения: неизбежна концентрация большей части внимания на том или другом. Как заметил Марти, некоторые психоаналитики обнаруживают порой тенденцию не углубляться в суть психосоматического заболевания, сохраняя четкое разделение между аналитическими и медицинскими схемами; некоторые, не являющиеся врачами – тенденцию слишком беспокоиться о теле пациента в ситуации, когда трудно ясно определить, эволюционирует ли болезнь

самостоятельно и независимо от эволюции психической. При этом большинство психоаналитиков ничего или почти ничего не знает о психосоматических процессах, которые имеют отношение даже к физически здоровым людям (Марти, 2005).

Дифференциация психической и соматической компоненты проблематики и преимущественная концентрация внимания на теле или душе личности, очевидно, неизбежна или почти неизбежна – в силу причин, речь о которых шла выше. При этом следует иметь в виду и неизбежность ограничений и ошибок, вытекающих из такой дифференциации. Психологическое и телесное слишком тесно переплетены между собой. Современная психосоматическая теория описывает, например, язву желудка как продукт тонкой смеси конверсии и соматизации; висцеральная (то есть затрагивающая внутренние органы) истерия принимает формы кровохаркания, геморрагии, расстройств кровообращения, отеков (Арру-Ревиди, 2006). К ошибочной интерпретации и диагностике может подтолкнуть зависимость симптоматики от ситуации: серьезные недоразумения с факторами сомато- и психогенеза нередко приводят, в частности, к пониманию соматических симптомов как истерических, на что обращал внимание Бройтигам в описании экстрапирамидального синдрома (цит. по: Томэ, Кехеле, 1996).

Обратимся вновь к Александру, подчеркивавшему неоднократно, что объект исследования у психолога и физиолога один – разница лишь в подходе к нему. Все патогенные факторы могут исследоваться в психологическом аспекте: в этом состоит ведущая стратегия по крайней мере тех психотерапевтов, которые не имеют медицинского образования. Вербальная коммуникация и интроспекция остаются для них мощными инструментами психосоматического исследования. Любые субъективно ощущаемые физиологические процессы находят отражение в сфере эмоций, и с этой стороны они оказываются в фокусе психологического внимания. Марти пишет по данному поводу, что психоаналитики часто бывают склонны устанавливать чрезмерно радикальное разделение между телом эротическим и не-эротическим (смертной совокупностью клеток, по определению Райкрофта), в то время как связи между ними на самом деле весьма тесны. Для таких специалистов большое тело представляет инородную по отношению к их пациентам часть, которая должна заботить только лечащего врача соответствующего соматического профиля. Однако задачей аналитика является занятие не большим телом и не психикой, отчужденной от него, а его бессловесными посланиями (Марти, 2005).

О пределе психоанализа в подходе к соматическому пациенту Хельмут Томэ и Хорст Кехеле сообщают как о пределе перевода язы-

ка тела на язык слов. Телесный симптом и речь обладают независимой друг от друга динамикой. Хотя симптом, согласно Фрейд, может служить эквивалентом мысли или идеи, эта эквивалентность должна быть методологически определена в отношении взаимозаменяемости. Терапевтические возможности психоанализа обозначены той границей, за которой соматическая симптоматика перестает поддаваться вербальному переводу. Телесный симптом при тяжелом заболевании может быть описан с помощью слов, но это описание не превращает его в переживание, доступное осознанию и психодинамическому объяснению. Иными словами, пациент может наделять симптом неким смыслом, но он не является символом (Томэ, Кехеле, 1996).

Данное ограничение определяет методологию психоаналитического исследования тела. Тело становится объектом исследования через соматическое переживание, но не объектом медицинского вмешательства: психоаналитический метод обращен не к телу, но лишь к его переживанию. По словам вышеупомянутых авторов, «предел доказывает мастерство» (Томэ, Кехеле, 1996, с. 652). Этот предел не является границей перехода к телу. Анализируя соматические ощущения пациента, аналитик определяет различные грани «образа тела», который включает объединенные или конфликтующие идеационные представления, как сознательные, так и бессознательные. Психосоматические явления воздействуют на субъективное самовосприятие, которое в виде чувства тела тесно связано с его образом. Опираясь на данное понимание, аналитик получает возможность распознать и даже уменьшить патогенное влияние психики на телесные процессы. Еще раз подчеркну, что объектом нашего интереса служит не болезнь как таковая, а личность человека, являющегося носителем этой болезни или склонного к ней. Мы работаем с психическим, держа руку на пульсе телесного. В следующих главах этот тезис будет раскрыт шире.

Добавим напоследок, что подобный принцип подразумевает дополнительное разграничение между медициной и психоанализом: в отличие от врача соматического профиля, которому чаще всего не требуются иных знаний, кроме тех, что непосредственно относятся к его специальности, аналитик нуждается в разносторонней подготовке. Для всех нас в этом смысле может служить примером сам Фрейд, круг интересов которого охватывал литературу, мифологию, этнографию и множество других областей; или плеяда российских психиатров конца XIX – начала XX столетия: Владимир Сербский, Николай Осипов, Александр Бернштейн и другие, каждый из которых прекрасно разбирался не только в душевных расстройствах, но и в вопросах философии, культуры,

социологии, искусства и т. д. Именно данное обстоятельство позволило Александру заявить в 1927 году в процессе знаменитой дискуссии о «любительском анализе», что психоанализ уже гораздо меньше нуждается в медицине, чем медицина в нем: «...превосходство аналитика, который глубоко сведущ в изучении человеческого сознания и его продукции (литературы, мифологии и т. п.), по сравнению с уровнем компетентности «медицинского аналитика», который часто ничего, кроме медицины, и не изучал, настолько явно, что никакому психоаналитику не потребуется доказательства этого факта» (Дискуссия..., 2001, с. 427).

2. ИСТОРИЯ ПСИХОСОМАТИЧЕСКОЙ МЕДИЦИНЫ

Вечная загадка – не та, у которой
нет отгадки, а та, у которой отгадки
что ни день разные.

Станислав Ежи Лец

2.1. Предыстория

О древних корнях представлений о единстве психического и телесного написано столько, что мне достаточно будет нескольких слов на эту тему – просто для того, чтобы соблюсти традицию. Можно упомянуть здесь александрийского целителя Эразистрата, или Платона, который в «Хармидах» называл величайшей ошибкой медицины то, что врачи для тела и врачи для души существуют по отдельности – именно поэтому многие болезни ускользают от их внимания. Можно вспомнить Гиппократ и Галена, связывавших различные темпераменты, или соматопсихические конституции, со склонностью к определенным болезням: сангвиников – к нарушениям кровообращения, холериков – к заболеваниям желчных путей, и т. д. Впрочем, например, Бройтигам с соавторами, ссылаясь на испанского историка медицины Лаин-Энтральго, выражают сомнение, что психосоматическая медицина и терапия действительно существовали в древности (Бройтигам, Кристиан, Рад, 1999). Идеи Платона и Аристотеля о катарсической силе слова в те времена не разделялись медиками, оставаясь чистой философией. Греки в системе физиологической медицины уделяли психической жизни довольно мало внимания, охватывая всю патологию натурализмом, то есть сугубым соматизмом. В частности, вполне в соответствии с этой тенденцией Гиппократ рассматривал истерию как заболевание матки.

Как теперь хорошо известно, некоторым болезням нередко долгое время давалось превратное толкование: так, женщины, страдающие истерией, в средние века обвинялись в союзе с дьяволом или считались одержимыми. По-видимому, то же самое можно сказать и о ряде патологий, которые в наши дни трактуются как психосоматические. Ожирение рассматривалось в ту эпоху как признак божественной благодати и здорового духа. Также раннему европейскому средневековью принадлежат характерные описания больных анорексией: голоданию тогда придавалось религиозное значение, и люди, патологически стремящиеся к отказу от еды, полагались живущими в святости. Впрочем, и сегодня существуют болезни, которые многими не признаются за таковые – особенно теми, кто является их носителем.

Проблемой связи души и тела занимались в XVII веке Декарт, Спиноза, Лейбниц – перечень имен мог бы быть довольно обширен. Единым для этих исследователей был постулат, согласно которому душа пребывает в непрерывном взаимодействии с телом. Как уже упоминалось, само слово «психосоматика» впервые использовал в начале XIX столетия Иоганн Хайнрот. Этому немецкому врачу принадлежало первое объяснение некоторых болезней в психологическом аспекте: так, туберкулез, эпилепсия и рак рассматривались им как продукты переживаний злобы, стыда и особенно сексуального страдания. Огюст Льебо в Нанси лечил телесные заболевания с помощью гипноза, внушая пациентам исчезновение симптомов. Приблизительно тем же занимался в Берне Дюбуа, утверждавший, что с помощью разговора он способен убедить своих пациентов отказаться от болезненных (ипохондрических) представлений. Трудно сказать однозначно, насколько успешен был данный эксперимент.

По-видимому, одним из крупнейших вдохновителей будущего психосоматического подхода можно назвать Фридриха Ницше. Ницше создал философию, которая «исходит из тела и нуждается в нем как в путеводной нити», говорил о разуме тела и, в сущности, предвосхитил целый ряд психоаналитических концепций в учении о бессознательном и об аффектах. Однако в то время в Европе еще не было врачей, которые могли бы принять провозглашенную им «новую мораль» как часть медицины. Позднее эту функцию взял на себя Зигмунд Фрейд.

2.2. Фрейд, конверсия и страх

Как отмечает Жизель Ару-Ревиди, в 1880 году с весьма высокой для данной эпохи точностью была обнаружена связь между истерией и соматическими болезнями. Истерия в наибольшей степени влияла

на состояние внутренних органов – желудка, кишечника, сердца, – то есть носила преимущественно висцеральный характер. Был, например, введен в обиход термин «желудочная истерия». Судя по посвященным истерии трудам XIX века, во многих случаях описанные в них заболевания могли бы быть сегодня отнесены к психосоматическим или функциональным расстройствам; по крайней мере, в любой или почти любой органической патологии в то время обнаруживался причинный или следственный истерогенный компонент. В конце этого столетия истерия буквально «растворилась» в соматических болезнях: ее находили в диабете, брюшном тифе, гриппе, гастрите, рассеянном склерозе, туберкулезе и т. п. Отчасти, полагает Ару-Ревиди, в этом заключалась причина того, что в 1952 году в США диагноз истерии был просто отменен (Ару-Ревиди, 2006).

С исследований конверсионной истерии начался психоанализ. Напомню, что в ортодоксальном, классическом понимании конверсионный симптом имеет три отличия от соматического: утрата телесной функции у больного истерией соответствует лишь его субъективному представлению о том, как работает тело; симптом исполняет в жизни пациента некую заданную роль; отношение пациента к симптому характеризуется либо неестественным безразличием, либо, наоборот, подчеркнутой театральностью. Согласно определению Александра, «истерический симптом есть уникальное творение пациента, изобретенное им для выражения индивидуального психологического содержания» (Александр, 2000, с. 46).

Как уже говорилось, рождение психоанализа стало одной из первых реакций на одностороннее в целом развитие медицины во второй половине XIX века – медицины, пренебрегавшей фундаментальным биологическим фактом целостности человеческого организма. Делалось все более очевидно, что функционирование разных его частей могло быть понято лишь с точки зрения системы – Личности как главного выражения данной целостности. Именно психиатрии было суждено сыграть главную роль во введении этого синтетического подхода в медицину. Но она смогла сделать это только тогда, когда Фрейд поставил во главу угла исследование личности. Можно сказать, что открытие психической этиологии истерических симптомов стало отправным пунктом развития как психоанализа, так и психосоматической медицины.

Термин «конверсия» был впервые использован Фрейдом в 1894 году для обозначения особого преобразования психического конфликта и его разрядки в телесных симптомах: моторных (например, истерические параличи) или сенсорных (анестезии, локализованные боли) – того, что было названо им «прыжком из психики в соматическую иннервацию».

Конверсия для Фрейда соотносилась с экономической концепцией: энергия либидо, отделенная от некоего подавленного представления, подлежала превращению в энергию иннервации. Конверсию осуществляло Я субъекта с помощью невротического (неполного) вытеснения, освобождаясь таким образом от конфликта с бессознательными инстинктивными импульсами (влечениями). Соответственно при истерии невыносимое представление обезвреживалось путем перевода нарастающего возбуждения в телесные процессы.

Правда, для многих исследователей подобная гипотеза выглядела не вполне удовлетворительной, поскольку она не объясняла самого таинственного «прыжка» от психического к физическому (определение «таинственный» по отношению к нему употреблял сам Фрейд). Однако «тайна исчезает, если рассматривать истерические симптомы как символические проявления определенного смысла» (Райкрофт, 1995, с. 76). Для Фрейда гораздо более важно было сделать конверсию распознаваемой в качестве особой формы поведения. Спецификой конверсионных симптомов являлась наделенность символическим значением: они были призваны выражать подавленные представления с помощью тела. Эти симптомы при истерии лишь внешне производили впечатление телесных расстройств: последние существовали исключительно в мыслях и фантазиях больного (причина, по которой до открытий Фрейда люди, страдавшие истерией, нередко расценивались окружающими, в том числе и врачами, как симулянты). Недомогание проецировалось на тело и переживалось в нем, «как если бы» оно было реально. Тело делалось своего рода сценой, на которой личность в виде «театрального представления» разыгрывала некий психический конфликт.

Строго говоря, причислять конверсионную истерию к психосоматическим расстройствам (как это принято) можно только при очень широком использовании понятия «психосоматического» – именно потому, что телесные недомогания при ней необъективизируемы. Однако именно исследования истерии позволили затем впервые обнаружить и хронические соматические изменения под влиянием эмоций. Одним из наиболее важных открытий Фрейда стало то, что, если эмоции не могут быть выражены и разряжены через обычные каналы в результате произвольной активности, они способны стать источником не только психических, но и соматических расстройств. Конверсия и соматизация – явления, столь близкие друг другу, что граница между ними не всегда может быть четко установлена. Как отмечал Александер, с физиологической точки зрения конверсионный симптом схож по природе с любой обычной передачей возбуждения: «прыжок от психического

к соматическому» при истерии происходит так же, как при смехе, плаче, произвольном движении, с той лишь разницей, что его побудительный импульс остается недоступен осознанию (Александр, 2000). Сам же Фрейд, говоря о конверсии, всегда отстаивал позицию, согласно которой для возникновения истерического симптома необходима «соматическая готовность» – физиологический фактор, имеющий первостепенное значение при выборе «страдающего» органа. Этот фактор может быть представлен в процессе возникновения, начиная от ранних детских следов в рамках особого телесного опыта и вплоть до генетической диспозиции в виде существующей на данный момент органической перегрузки.

Заглядывая чуть вперед, заметим, что в дальнейшем судьба понятия «конверсия» складывалась непросто. Со временем стало очевидно, что многие соматические симптомы, в возникновении которых первоочередную роль играют психические факторы, не могут быть полностью объяснены только влиянием последних. Чтобы сохранить прежнюю модель конверсии как объяснительный образец, ее следовало связывать с генитально-сексуальным конфликтом. Феликс Дейч, однако, сводил к понятию конверсии все патогенные процессы в соматической сфере; Отто Фениchel предложил понятие «прегенитальной конверсии», которое распространяло область актуального конфликта на фрустрации наиболее ранних и инфантильных потребностей, связанных с желанием близости, заботы, тепла и т. д. Когда позднее Лео Рэнджелл и другие психоаналитики попытались вновь отграничить понятие конверсии, они обнаружили почти бесконечное расширение этой модели и ее распространение на все практически возможные конфликты, лежащие у истоков психосоматических патологий. В итоге возник вопрос, окончательного ответа на который не существует и в наши дни: не следует ли ограничить данное понятие лишь исходным содержанием концепции Фрейда о символической разрядке сексуального конфликта? Но вернемся пока к рубежу XIX и XX веков.

Вторым источником психосоматической медицины, пожалуй, по праву можно назвать исследования другой группы психических расстройств, противопоставленной истерии, а именно «актуальных неврозов»: неврастении и невроза тревоги (страха). Этиологию неврастении Фрейд обсуждал еще в переписке с Вильгельмом Флиссом в начале 90-х годов XIX столетия. Как и истерия, эта болезнь считалась следствием аномалий сексуального удовлетворения; подчеркивался ущерб здоровью, связанный с *coitus interruptus*, то есть прерванным половым актом. Понятие неврастении иногда использовалось как обобщающее для актуальных неврозов, однако Фрейд проводил четкое диагностическое различие между неврастением и неврозом страха: последний ха-

рактизовался свободно плавающей, внешне беспричинной тревогой и рассматривался как следствие избыточного сексуального возбуждения, не получавшего адекватной разрядки. Среди телесных дисфункций, сопровождавших приступ тревоги, он называл нарушения сердечной деятельности и дыхания, потливость, дрожь, спазмы, диарею, головокружение. Типично было то, что невроз страха проявлялся в приступах и сопровождался ипохондрическими ожиданиями. Когда Фрейд составил перечень соматических эквивалентов страха, в нем, за редким исключением, оказалось все то, что в наши дни относят к психосоматическим расстройствам: помимо вышеперечисленного – тахикардия, спазмофилия, одышка, булимия, гиперемия, пищеварительные нарушения и т. д. (Freud, 1895b). В неврозе страха, как и в истерии, функционировала своего рода конверсия. Разница между ними состояла в том, что при истерии психическое напряжение вызывало телесную реакцию, в то время как при неврозе страха, напротив, соматическое напряжение не могло успешно разрядиться психически и продолжало сохраняться в сфере тела. Органическая симптоматика в этом случае оказывалась не продуктом разрешения, а эквивалентом тревожных состояний.

Практически в одно и то же время, в 1908 году, в свет вышла статья Фрейда «Культурная сексуальная мораль и современная нервозность» и работа Ипполита Бернгейма «Неврастении и психоневрозы». Бернгейм сообщал, что «...роль психики в происхождении функциональных внутренних страданий уже доказана, и целый ряд соматических страданий в смысле этиологии и лечения... скорее заболевания душевные. Наоборот, очень часто наличие психических явлений прикрывает сущность страдания органического» (цит. по: Розенштейн, 2004, с. 284). Этот автор приписывал одинаковую этиологию симптомам неврастении – таким, как парезы, усиления коленных рефлексов, неравенство зрачков – и психическим явлениям от меланхолии (депрессии) до фобии. При этом он замечал, что в отличие от психоневрозов – истерии и невроза навязчивых состояний – неврастения психотерапии не подвластна.

В статье «Культурная сексуальная мораль...» Фрейд также обозначил границу между актуальными неврозами и психоневрозами. При актуальных неврозах, по его определению, расстройства носят «токсический» характер – как при действии яда. Эти расстройства, иногда объединяемые понятием «неврастения», вызываются известными вредными влияниями сексуальной жизни: «...даже форма заболевания соответствует характеру этих нарушений, так что часто достаточно бывает только клинической картины для заключения о сексуальном происхождении болезни» (Фрейд, 2004а, с. 229). Как и Бернгейм, Фрейд считал,

что психоанализ не может служить методом лечения актуальных неврозов, о причинах чего упоминалось в главе 1. Этиология неврастения принадлежала уровню реальности, а не образа. С точки зрения Фрейда, это заболевание было устранимо, однако полностью не излечивалось, и задачей врача становилась его профилактика. То же относилось и к неврозу страха. Актуальные неврозы были связаны не с психологическими конфликтами и травмами прошлого, которые могли бы быть вскрыты и проработаны аналитическим путем, а с ненормальной интенсивностью сексуальной жизни в настоящее время: неврастения – с ее избыточностью, невроз страха – с недостатком.

К данному вопросу Фрейд возвращался, в частности, в работе 1910 года «О диком психоанализе». В этой статье он вновь подчеркивал, что актуальные неврозы зависят от соматических факторов сексуальной жизни, «...тогда как о роли психических факторов и вытеснения их мы не можем еще иметь верного представления» (Фрейд, 2004б, с. 247). Очевидно, место психоанализа в их лечении должна была занять актуальная терапия через разъяснение. Однако здесь же не без юмора Фрейд рассказывал о враче, растолковавшем пациентке, что причиной ее тревоги является потребность в сексуальном удовлетворении. После этого женщина поняла, что неизлечима: вернуться к мужу она категорически не желала, а любовники и мастурбация отвергались ее нравственностью.

Представления Фрейда о природе страха в течение долгого периода исследований претерпели существенные изменения. Много лет он придерживался, в частности, взгляда на страх как продукт вытеснения или подавления либидинозной энергии; лишь в 1926 году в работе «Торможение, страх и симптом» им был сформулирован противоположный вывод: не вытеснение создает страх, а страх принуждает к вытеснению (Фрейд, 1999). Становилось ясно, что невроз страха и неврастения, как и истерия, имеют свою предысторию, и провоцирующие их факторы не исчерпываются актуальной ситуацией. Как уже упоминалось, лечение этих неврозов с помощью психоаналитического метода оставалось невозможным, пока психоанализ был ориентирован преимущественно на разгадку символики симптомов. И все же трудно переоценить роль их изучения для становления психосоматической медицины. По сути, именно неврастения и невроз страха с их интенсивными физиологическими проявлениями стали связующим звеном между психоневрозами, с которых психоанализ начинался, и подлинными психосоматическими заболеваниями.

Чрезвычайную важность для будущих теорий взаимосвязей телесного и психического имели взгляды, изложенные Фрейдом в работах «О нарцисзме» и «Я и Оно». В первой из них Фрейд указывает, в част-

ности, на связь органического заболевания с распределением либидиной энергии и, следовательно, с изменениями Я: физически больной субъект или ипохондрик теряет интерес к окружающему миру в той степени, в какой мир не касается его страдания. Болезнь погружает его в состояние вторичного нарциссизма: он перестает любить, когда страдает, поскольку собственное Я делается единственным объектом его либидинозного катексиса – чтобы после выздоровления вновь направить высвобожденную энергию либидо на внешний мир. Данный сценарий сближает болезнь с состоянием сна. Описывая этих (так называемых «интровертированных») пациентов, Фрейд цитирует метафору Буша о поэте, мучающемся от зубной боли: «Душа пребывает исключительно в тесной ямке больного зуба» (Фрейд, 1993, с. 107).

В работе «Я и Оно» Фрейд выражает принципиально новые представления о связи между развитием Я и соматическими переживаниями. В структурной модели психики границы Оно открыты для соматического; влечения есть психические репрезентации внутренних, телесных источников раздражения. Человеческое Я состоит в прямых отношениях с сомой, поскольку проявляется в первую очередь телесно. Собственное тело, прежде всего его поверхность – область, которая может одновременно воспринимать и внешние, и внутренние ощущения. Тело как субъект Я рассматривается также в качестве объекта по отношению к Я; осязание его обретает двойственность: одно из них соответствует внутреннему восприятию, другое – внешнему. Я – прежде всего телесно, выводимо из соматических переживаний и является психической проекцией поверхности тела (Фрейд, 1991). К сожалению, несмотря на важность понимания того, что чувство Я впервые зарождается как чувство собственного тела, в дальнейших работах Фрейда данный тезис развития практически не получил.

Нет однозначного ответа на вопрос о причинах столь сложных отношений Фрейда с проблемами физиологии и, следовательно, телесности. Такое ощущение, что сложность психосоматических связей изначально была центральной сложностью психоанализа, родившегося благодаря изучению именно психосоматического аспекта симптоматики истерии и актуальных неврозов. Концепции Фрейда, сформулированные уже в первых его работах по истерии и неврозу тревоги (страха), до наших дней остаются основой психосоматического подхода к болезням, однако его позиция в вопросах как их исследования, так и лечения была весьма противоречива. С одной стороны, Фрейд неоднократно подчеркивал, что психоаналитические открытия и наработки временны и когда-нибудь будут заменены открытиями биологии и физиологии. В этом он

проявлял себя как блюститель традиций естественнонаучной медицины в духе школы Гельмгольца и Брюкке. Еще в 1898 году он писал Флиссу: «Я... не склонен оставлять психическое в подвешенном состоянии без органической основы. Но, кроме убежденности (в их связи. – Д. Р.), у меня ничего нет, ни теоретически, ни терапевтически, и я поэтому вынужден вести себя так, как если бы передо мною было лишь психическое» (цит. по: Аммон, 2000, с. 10–11). Следуя позитивистской тенденции, Фрейд предполагал на основе результатов исследований невротиков создать всеобъемлющую психодинамическую теорию личности и интегрировать ее в систему современной нейрофизиологии и невропатологии. Знание разрабатываемого учения, очевидно, виделось ему надстройкой, под которую будет когда-то подведен органический фундамент (Фрейд, 1989).

С другой стороны, как следует, например, из упоминавшейся выше работы «О нарцизме», Фрейд сознательно избегал переступать границу биологии и физиологии – по крайней мере в вопросах практического лечения. Принцип, которым он руководствовался, состоял в том, чтобы, не вступая с биологией в противоречие, держаться от нее тем не менее на почтительном расстоянии (вспомним еще раз: «влечения есть конечный пункт психоаналитического познания»). Психическое лечение для него, по-видимому, не было лечением соматических проявлений душевной жизни: речь шла о терапии психических расстройств только с помощью инструментов, влияющих непосредственно на психику, и показанной только при конверсионных соматических симптомах. В 1926 году в работе «Проблема дилетантского анализа» Фрейд писал, что врач, обращающийся к психологическим аспектам болезни, должен противостоять соблазну заигрывания с эндокринологией и автономной нервной системой, поскольку его задача состоит в том, чтобы определять психологические данные психологическими же вспомогательными представлениями (Фрейд, 1998б). От подобного соблазна он предостерегал и Виктора фон Вейцдекера, предлагавшего психоаналитически исследовать органические заболевания: подробнее об этом будет сказано ниже. (Сегодня известно, что Фрейд предпринимал попытки приложения теории либидо к соматическим расстройствам, но не опубликовал своих данных; в письме Вейцдекеру он упомянул лишь об отдельных наблюдениях, приближающих психоаналитиков к границам «этой почти не исследованной еще области» (Бройтигам, Кристиан, Рад, 1999).)

Логично, что Фрейд всегда отказывался определить и саму природу психических процессов, поскольку подобная попытка неизбежно привела бы вновь к исследованиям физиологического субстрата. В «Лекциях по введению в психоанализ» он замечал, что о природе психики может

сообщить не больше, чем физик о природе электричества. По его словам, психоанализ как наука должен характеризоваться не материалом, на который он воздействует, а используемой им техникой (Фрейд, 1989).

2.3. Психосоматика: первые шаги

Как замечал Франц Александер, маловероятно, что органы тела могут символически выражать идеи: они контролируются нервной системой, которая не находится в прямой связи с идеационными процессами. Однако первые психоаналитики пытались распространить концепцию истерической конверсии на все формы психогенных телесных расстройств, включая заболевания внутренних органов: среди последователей Фрейда считалось, например, что повышение кровяного давления или нарушение работы желудка наделено символическим смыслом. В первой половине XX века содержание психосоматической медицины определялось психоаналитической теорией либидо и толкованием симптомов. Представление о сексуальных конфликтах как первопричине заболеваний порой распространялось на все болезни вообще.

Как уже упоминалось, первым случаем такого приложения психоаналитической теории к соматической патологии – астме – стало исследование Штегманна, результаты которого были опубликованы в 1908 году. Эта болезнь занимала и других аналитиков: в 1911 году случай ее был описан Садгером как сексуальный невроз, в 1913 – Федерном – как следствие смещения либидо в дыхательную систему. Работа Федерна, представленная на заседании Венского психоаналитического общества под названием «Пример сдвига либидо во время лечения», была, пожалуй, первым систематическим изложением психоаналитической терапии органического заболевания. Речь шла о пациенте-астматике, у которого, по мнению Федерна, вследствие обостренной сексуальности в раннем детском возрасте имела место фиксация либидо на дыхательном тракте. В его психосексуальной организации особое значение принадлежало обонянию и рту как доминирующей эрогенной зоне. В эдиповой фазе развития имел место регрессивный сдвиг либидо в сферу дыхания, обоняния, приема пищи. В этой сфере сосредоточились инфантильные фантазии, связанные с доэдипальными и эдипальными фиксациями на матери. Приступы астмы возникали у пациента в актуальные моменты, воскрешающие ситуацию отношений с матерью, которую он, будучи ребенком, желал и боялся одновременно (Federn, 1913).

Со временем, на основе изучения прежде всего актуальных неврозов и развития психоаналитического метода, в органической симптоматике

как «эквиваленте тревожных состояний» стали распознавать «симптоматическое поведение». Это сделалось отправной точкой для разработки новых подходов, изменивших психоанализ в целом. Симптоматика стала рассматриваться как сообщение, как поведение, наделенное глубокой значимостью. Тезис «телесная болезнь есть поведенческое проявление» остается одним из ведущих и в психосоматических теориях наших дней.

Георг Гроддек – автор понятия «Оно», использованного в дальнейшем Фрейдом в структурной модели психического аппарата – еще в 1917 году писал, что не только истерик, но любой человек обладает способностью заболеть с *какой-либо целью*, и любой человек использует эту способность в том или ином объеме. За проявлениями болезни скрываются, по определению Гроддека, шифры психосоматической инстанции Оно, которая неопределима и необъяснима. Все, что можно сказать о ней, по-видимому, лишь то, что она представляет «силу, от которой мы живем». Оно использует в своих целях как психические, так и телесные процессы, поэтому между ними нет принципиального различия. На основании этого тезиса Гроддек выдвинул концепцию сходства генеза соматических расстройств, неврозов и сновидений.

В дискуссии с Фрейдом Гроддек отстаивал версию о психической обусловленности страданий тела. С точки зрения Гроддека, телесная болезнь есть не только символическое выражение решений Оно, но и способ защиты субъекта от непереносимых раздражителей из окружающей реальности. Человеческое бессознательное наделено тенденцией закрывать внешним стимулам доступ внутрь личности, при этом оно приравнивает друг к другу соматические и психические вторжения и обращается с ними одинаково. Болезнь возникает как следствие конфликта между первичной недифференцированной психосоматической инстанцией и внешним миром (Groddeck, 1917). Комментируя данный взгляд с современных позиций, Томэ и Кехеле отмечают, что спиритуалистические построения Гроддека не учитывали автономность физических законов. Они представляют пример монизма, наблюдающегося в психосоматической медицине наших дней и порой поднимаемого до уровня идеологии. Обратным примером служит то, что в некоторых областях психосоматической медицины психические явления оказываются растворены в физиологии (Томэ, Кехеле, 1996).

В двадцатые годы XX века в сфере исследования и лечения органических болезней психоанализ эволюционировал в двух основных направлениях. Сторонники первого продолжали пытаться приспособить к соматическим патологиям концепцию конверсии в том виде, в каком она была разработана для истерии: к их числу принадлежал, например,

Феликс Дейч, о взглядах которого подробнее будет сказано ниже. Вторым путем был путем расширения и дифференциации концепции эквивалентов. С появлением и развитием Я-психологии и смещением фокуса исследования с содержания симптома на его историю особое значение возымели новые представления о формировании человеческого Я.

Существенный вклад в эту область внес Пауль Федерн, в 1926 году описавший чувство Я как переживание связи психического и телесного во времени и содержании. В концепции Федерна «соматическое Я» есть совокупное чувство всех двигательных и сенсорных возбуждений, касающихся тела субъекта. Оно не идентично совокупности упорядоченного восприятия тела. Соматическое чувство Я может быть составной частью психического чувства Я, но может и не быть таковой: например, во сне оно отсутствует (Federn, 1952).

Федерн использовал и развил выдвинутую Виктором Тауском концепцию границ Я. Употребление слова «границы» в данном случае было необходимо для выражения того, что собственное Я ощущается субъектом настолько, насколько хватает чувства единства его содержания. Это чувство отличает Я от прочих психических элементов и комплексов. Чувство единства обеспечивается взаимосвязанной загрузкой Я – заполняющим границы катексисом нарциссического либидо, слушающего самосохранению и независимого от сексуального либидо и энергии инстинкта смерти.

Понимание Федерном психосоматических расстройств опиралось на представления этого автора о боли и страдании. На значение боли в развитии телесного Я указывал еще Фрейд в работе «Я и Оно». Федерн разграничил понятие психической боли и понятие страдания: последнее в его концепции есть выражение активности Я, овладевающего травмой. При страдании вызывающее боль событие заключается в границы Я и переживается («переваривается») в них. Напротив, ощущение боли подразумевает процесс, в котором событие воспринимается не в границах Я, а как нападение извне, болезненно затрагивающее границы. Событие не оказывается включенным в Я и, таким образом, не может быть переработано. В случае повторения оно вновь наткнется на неизменную границу Я и в конце концов вызовет патологические последствия, например, в виде соматической болезни. Болезнь, с точки зрения Федерна, есть результат недостаточности загрузки границ Я нарциссическим либидо, делающей его пассивным по отношению к травмирующим событиям (Federn, 1952). В дальнейшем эти взгляды Федерна получили развитие в школе «динамической психиатрии» Гюнтера Аммона.

Конец двадцатых и тридцатые годы XX столетия были периодом все более широкого внедрения психосоматического подхода в медицину – правда, лишь в отдельных учреждениях и институтах, в первую очередь европейских. Так, в 1928 году в Германии был основан журнал «Невропатолог», где особое внимание уделялось вопросам психосоматики. В тридцатые годы психосоматическое направление в клинике появилось также в США; организованное в 1934 году Американское психосоматическое общество с 1939 года приступило к изданию журнала «Психосоматическая медицина». Его редактором стал врач и психоаналитик Феликс Дейч.

В отношении к физическим заболеваниям Дейч был верным сторонником теории конверсии. Еще будучи интернистом в венской клинике, он пришел к убеждению, что конверсионные процессы не ограничиваются областью неврозов, но имеют место и при серьезных органических патологиях. Дейч видел в этом факте возможность разгадки таинственного «прыжка из психического в соматическое». Конверсия в его представлении являлась постоянно действующим процессом, направленным на подавление влечений в связи с требованиями культуры – на фоне необходимости столь же постоянного сброса избыточной инстинктивной энергии. Этот процесс Дейч называл «языком органики». Цель его он описывал как избавление от «обломков аффекта», накопление которых отягощает бессознательное. Язык органики, как при болезни, так и у здорового человека, выражает специфическую конфигурацию инстинктов и защит Я – через нормальную или нарушенную конверсию. Конверсия нарушается, когда вытесненные инстинктивные импульсы перегружают органы, отличающиеся наименьшей сопротивляемостью в связи с ранней физиологической недостаточностью. То же происходит при наличии органов с повышенной готовностью к заболеванию – следствием идентификации со страдающим такой же болезнью значимым лицом. У здорового человека конверсия («конверсионный поток») разрушает тревогу. При актуальном неврозе высвобождение чрезмерного количества тревоги сопровождается острыми расстройствами либидинозно нагруженных органов, что становится причиной приступообразных соматических расстройств. Таким образом, в концепции Дейча органические симптомы служат выражением невротических конфликтов: по сути, в каждой органической болезни в малом масштабе разыгрывается невроз (Deutsch, 1924).

Иными словами, с точки зрения Дейча, если бы в распоряжении людей не было органических патологий, они избыточно страдали бы от неврозов. В органическом симптоме конверсионный поток находит выход, который закрыт у физически здорового человека. Вопрос

для Дейча состоит не в том, почему психический конфликт локализуется в заболевшем органе, а, напротив, в том, почему большая часть конфликтов обретает психическое выражение. Однако важно то, что человек (и пациент в том числе) всегда говорит одновременно и на вербальном, и на телесном языке.

Позднее Дейч дополнил свои взгляды новым представлением о символизации. В его концепции через символизацию устанавливается реальность. Чувство реальности возникает как результат проекции телесных ощущений на внешние объекты: именно так ребенок воспринимает объекты как утраченные части собственного тела, а взрослый человек идентифицирует, например, горящий огонь через субъективное понятие «обжигающего». Путем реинтродукции эти объекты вновь соединяются с телом – в форме либидинозной загрузки тех сенсорных восприятий, которые были с ними связаны. Конверсионный симптом возникает, когда инстинктивные импульсы, связанные в картине тела с символизируемым объектом через реинтродукцию, обретают чрезмерную интенсивность и нарушают баланс сил внутриспсихических инстанций. Для инстинктов жизни и смерти конверсионные процессы специфичны, и психосоматическое заболевание представляет результат конверсии энергии инстинкта смерти (Deutsch, 1959).

Аммон, рассматривая концепцию Дейча, отмечает, что в ней остается неясным вопрос о роли психических механизмов и структур в генезе симптома. Так, Дейч постулирует ранние нарушения телесного Я, являющиеся причиной недостаточности защиты от инстинктов и вытекающих из нее более поздних органических патологий, но не объясняет причин возникновения этих ранних нарушений. Однако, с точки зрения Аммона, в определенном аспекте Дейч идет дальше Фрейда, поскольку его концепция языка органики преодолевает фрейдовскую дихотомию психического и не-психического значения симптомов (Аммон, 2000).

Стоит также упомянуть труды Пауля Шилдера, чья теория образа и схемы тела стала в двадцатые – тридцатые годы XX столетия новой попыткой прояснить метапсихологию актуальных неврозов и свидетельством роста понимания важности концепции телесного Я. Согласно представлениям этого автора, трехмерный образ тела приобретает субъектом так же, как и образ внешнего мира, постепенно интегрируясь из тактильных, визуальных, кинестетических восприятий. В определенном смысле этот процесс аналогичен формированию чувства Я в концепции Федерна. Схема тела включает отдельные органы и их взаимное расположение. Ее нарушения могут быть обусловлены либо повреждениями самих органов, либо нарушениями, связанными с агнозией и апраксией.

Она представляет формацию одновременно биологическую, психологическую и социальную, складывающуюся из множества сенсорных ощущений и импульсов и тесно связанную с инстинктивными потребностями и с межличностным опытом в социальной сфере. Поэтому расстройства ее проявляются не только сами по себе, например, в виде болезни, но и в нарушениях отношений человека с собой, с другими людьми и с миром в целом. Социальные отношения в понимании Шилдера есть отношения между схемами тел. Примером патологического изменения схемы тела может служить органическая симптоматика актуального невроза: например, при неврастении меняются те ее части, символическое значение которых связано с актуальным конфликтом (Schilder, 1935).

Особую роль в развитии психосоматической теории и медицины сыграл основатель гейдельбергской школы, интернист и невропатолог Виктор фон Вейцдекер. Имя этого исследователя занимает в истории психосоматики особое место. Ему принадлежит крылатая фраза: «Психосоматическая медицина должна быть глубинно-психологической, или она не будет медициной». Можно сказать, что если до сих пор речь шла скорее о введении аналитиками органических проблем в поле зрения психоанализа, то теперь мы говорим о введении психоанализа в систему медицины врачом.

Для Вейцдекера главным было не изучение роли психического фактора в возникновении и течении болезней, но скорее новое научно-теоретическое определение медицины как таковой. Он стремился к психоаналитическому пониманию соматических заболеваний как нарушений смысловых связей между душой, телом и внешним миром. С точки зрения Вейцдекера, психоанализу не следовало ограничиваться лишь психологией субъекта: разработанная психоаналитиками методология лечения неврозов виделась ему лишь своего рода подготовкой к гуманизации медицины в целом (Weizsdeker, 1954). Известно, что Вейцдекер предлагал Фрейдю разработку принципов психоаналитического исследования органических болезней, на что последний ответил: «То, что Вы пытаетесь найти общие подходы к природе психических и органических заболеваний, является для нас новым и заставляет нас настораживаться, тем более что отдельные наблюдения уже приблизили нас к границам этой не исследованной еще области... От подобных исследований я должен в воспитательных целях оградить психоаналитиков, так как изучение иннервации, расширения сосудов, нервных проводящих путей было бы для них опасным искушением: им следует ограничиться психологическим образом мышления» (цит. по: Бройтигам, Кристиан, Рад, 1999, с. 14). Иными словами, позиция основателя психоанализа могла бы быть

озвучена следующим образом: «То, что Вы предлагаете, в принципе очень важно, но давайте пока на всякий случай не будем».

Вейцдекер во многом был фигурой «неудобной» для ортодоксально настроенных психоаналитиков. Он решительно подчеркивал различие в динамике соматических процессов и неврозов в тот ранний период, когда аналитики ставили невротические и психосоматические симптомы в их патогенезе в один ряд. Он также нередко критиковал существующую психоаналитическую теорию, в особенности в отношении понятия Я в рамках структурной модели психического аппарата. В представлениях Фрейда и его ближайших сподвижников Я репрезентировалось как сугубо психологический феномен, определяемый лишь своей противоположностью по отношению к Оно и представляющий соматические процессы только в форме психических импульсов. Вейцдекер раздвинул границы «классической» концепции Я, обозначив понятие «соматического Я», противопоставляемого окружающему миру. Это было расширением понимания Я как в биологическом направлении, так и в направлении межличностного взаимодействия. Кроме того, в отличие от Фрейда, который рассматривал Я как дифференцированную производную от Оно, Вейцдекер полагал, что дело обстоит как раз наоборот. Инстанция Оно описывалась им как обратная сторона Я – психофизиологическое образование, постоянно формирующее себя и никогда не достигающее конечного результата.

Утверждая, что психоанализу следует перестать ограничивать себя психологией, Вейцдекер имел в виду общность языка психики, сомы и окружающей реальности. С его точки зрения, и тело, и внешний мир устроены таким образом, что психика ведет с ними непрерывный диалог, язык которого если не известен досконально, то по крайней мере доступен переводу. Организм имеет характер субъекта уже на уровне биологических и физиологических процессов, следующих закономерностям межличностных отношений. Организм есть субъект, когерентный миру, то есть связанный с ним определенными отношениями благодаря биологическим актам. В понимании Вейцдекера когерентность есть хрупкое единство, позволяющее субъекту упорядочивать эти связи. Человеческое Я составляет органическую целостность в постоянном взаимодействии с окружающей реальностью, но ни в коем случае не в изоляции от нее. Органическое заболевание предстает как нарушение когерентности, однако оно дает человеку новое чувство и эмоциональное восприятие собственного тела и внешнего мира, само по себе таким образом становясь этапом процесса выздоровления – «выравнивания психофизических констелляций». Концепция «выравнивания» – установления баланса

между физическим и психическим – заменила для Вейцдекера традиционную аналитическую концепцию конверсии (Weizsdeker, 1954).

Понимание телесного и душевного как непрерывно сообщающихся между собой сфер открывало новые перспективы их изучения. Вейцдекер стал по сути автором новой «медицинской антропологии», согласно которой болезнь обретает в жизни человека глубокий смысл. Соотнесенность тела и души состоит не в том, что они пребывают рядом и влияют друг на друга, но в том, что они друг друга взаимно представляют и объясняют. Изучение и осмысление этого процесса становится возможным на основе исследования личной истории пациента. Человек в своем осмыслении переживает себя как субъект, способный к сотрудничеству и к позитивным изменениям в психосоматическом развитии. Общее понимание прожитой до текущего момента жизни, достигаемое в терапии, придает болезненному процессу качественно новое значение. Подразумевается, что личность не просто заболевает, но сама формирует свою болезнь; не только терпит страдание, но и нуждается в нем.

История жизни становится в итоге ключом к пониманию истории болезни. Их связь особенно наглядна в периоды «кризов», то есть жизненных переворотов, отзывающихся переворотами и в соматических функциях. В эти периоды вместо душевных переживаний могут возникать соматические проявления, а вместо психофизиологических процессов – идеаторные. Болезнь ставит перед пациентом и перед врачом два центральных вопроса: «почему именно в это время» и «почему именно в такой форме», поскольку в понимании Вейцдекера внешний мир и тело непрерывно общаются с психикой на едином языке. Вейцдекер добавлял, что для подлинного понимания болезни важно не только прошлое больного, но и его будущее: человек в состоянии соматической готовности ориентирован и на те события, которые еще не произошли. Его неопределенные, часто противоречивые ожидания имеют существенную значимость для психосоматических процессов.

Вейцдекер придавал большое значение особым отношениям, развивающимся между врачом и пациентом в ходе терапии – отношениям, основанным на идентификации и своего рода «соматической эмпатии» (термин мой. – Д. Р.). В рамках его методологии врач, беседующий с больным, уделяет внимание не только тому, что последний сообщает вербально, и не только психическому содержанию этих сообщений. Он пытается сам оказаться вместе с пациентом в ситуации, где его органические функции могут начать говорить и быть услышанными. Речь идет о восприятии телесных процессов в пациенте с помощью соматических ощущений и фантазий (Weizsdeker, 1954).

Отдавая должное научному вкладу Вейцдекера в психосоматическую медицину, психоаналитики ныне все же склонны критично относиться к его концепции. Так, Аммон признает, что она в ряде аспектов оказалась шире ортодоксальной психоаналитической теории, однако в ней отразилась научная и практическая изоляция автора. Вейцдекер восстал против исторически сложившегося аналитического подхода, будучи отрезанным как от развивающейся психосоматики, так и от психоанализа (Аммон, 2000). Принцип эквивалентности и взаимозаменяемости психических и органических симптомов и тезис «ничто органическое не лишено смысла» стал причиной упреков автора в «панпсихизме». Известно, в частности, что в 1987 году на симпозиуме, посвященном столетию со дня рождения Вейцдекера, фон Рад предупредил психоаналитиков об опасности подобных воззрений (Томэ, Кехеле, 1996).

Мощными импульсами для новых психосоматических исследований стали работы Кэннона об экстремальных ситуациях и Селье о патогенезе стресса. Кэннон описал специфический характер физиологических реакций на различные эмоциональные стимулы: подготовку к активному действию в тревожной ситуации и инфантильное бегство от нее в возрастающую зависимость («fight or flight» – «борьба или бегство»). Сопутствующие аффектам телесные изменения, с точки зрения Кэннона, способствуют достижению цели преодоления или спасения: так, при страхе вегетативные функции настраиваются на требование бегства, при ярости – на борьбу. Аффект становится своего рода «приказом о мобилизации», подготавливая тело к совладанию с ситуацией тем или иным способом (Cannon, 1920). Позднее Туре Вэкскюэль, развивая идеи Кэннона, ввел понятие «болезней готовности и выражения». Согласно его концепции, в состоянии активного ожидания опасности эмоциональная готовность переходит в телесную; если цель готовности все же не осуществляется, она хронифицируется, приводя к постоянному нарастанию активности функций органов. Истерия в представлении Вэкскюэля является «болезнью выражения»: желания, не претворенные в действие в силу своей запретности, трансформируются в конверсионные симптомы как «зашифрованные обломки действий». Ганс Селье в 1946 году в рамках концепции стресса ввел понятие «адапционного синдрома» – неспецифической реакции, протекающей в три фазы: тревога, сопротивление и истощение. Более поздние исследования Энджелла и Шмэйла, посвященные стрессовым ситуациям реальной или воображаемой потери объекта, показали, что психосоматические заболевания часто возникают, если потеря ведет личность к чувству беспомощности и безнадежности: акцент был смещен на субъективность пережива-

ния (Engell, Schmale, 1967). Модель стресса стала, таким образом, еще одной нитью, связывающей физиологию и психологию, в том числе психоанализ.

В конце сороковых – начале пятидесятых годов в среде клиницистов получила известность «модель побуждения», предложенная Гарольдом Шульц-Хенке. Этот автор предполагал, в созвучии с идеями Дейча, что в соматических симптомах выражается огромная часть невротических конфликтов. Симптомы представляют телесный коррелят психических процессов, поскольку отдельные органы тела и их группы подчинены «сферам побуждений» к обладанию, принятию себя, сексуальному удовлетворению и т. д. Состояние психического напряжения в этих сферах может вести к функциональным изменениям соответствующих групп органов. Телесная симптоматика служит языком, с помощью которого цепь «бессознательный смысл – мотив – побуждение – потребность» не выражается словами, а проявляется в подчеркнутом функционировании того или иного органа. Шульц-Хенке утверждал, что в невротической симптоматике всегда присутствует соматическая составляющая; формированию же соматического симптома способствует конституциональная слабость органа или их группы. Очевидно, что взгляды Шульц-Хенке были во многом близки позиции Вэксюзеля. Как отмечалось в дальнейшем, наиболее значимый недостаток концепции этого исследователя заключался в том, что его «модель побуждения» не использовала дифференциацию психических структур, теорию влечений и психоаналитическое понимание Я, таким образом лишаясь важных теоретических инструментов (Аммон, 2000).

В 1950 году Александр Митчерлих открыл первую в истории психосоматическую клинику при Гейдельбергском университете. Затем при различных клиниках в Европе и США возник целый ряд психосоматических отделений. В те же годы получило развитие психосоматическое направление в английской медицине, более близкое к психоанализу, строго эмпирическое, носящее чисто экспериментальный характер. Одним из наиболее ярких его представителей может считаться Макс Шур.

На основе исследований психодинамики кожных заболеваний Шур разработал теорию, вводящую психосоматические болезни в контекст развития Я и базирующуюся на понимании их как специфической формы нарушения базисных функций Я. Взгляды Шура восходили к концепциям ведущих представителей Я-психологии – Анны Фрейд, Эрнста Криса, Хайнца Гартманна. Он использовал, в частности, идеи Гартманна о «врожденной враждебности» Я по отношению к влечениям – недифференцированной, первичной и примитивной. Различие между челове-

ком и животным, согласно Гартманну, состоит в том, что у животного инстинктивное поведение содействует адаптации к среде и служит цели самосохранения, у человека же оно препятствует решению этих задач. Человеческие инстинкты отчуждены от реальности, и Я вынуждено противостоять им в качестве органа адаптации.

С точки зрения Шура, общим фактором для всех психосоматических расстройств является нарциссическая регрессия, ведущая к перемещению либидинозного катексиса с объекта на Я. Повышенная нарциссическая нагрузка собственного Я становится причиной хронического состояния «тревожной готовности», соматически проявляющего себя как телесное напряжение. В конце концов регрессия достигает «ядра психосоматического континуума», и ее выражение теряет всякое сходство с примитивным символическим языком органов. Функции Я регрессируют до «первично-процессуальных» стереотипов поведения, что является результатом неудачи нейтрализации энергии влечений и, как следствие, срыва защиты от инстинктов.

Шур выдвинул для объяснения генеза психосоматических заболеваний концепцию «десоматизации – ресоматизации», согласно которой грудные дети в силу недоразвития и недифференцированности психических и соматических структур реагируют на нарушения гомеостаза механизмов физиологической регуляции первичными процессами. По мере структурирования Я у них появляются способы переработки раздражений, все более соответствующие процессам вторичным. У ребенка формируются функции восприятия, способствующие объективной оценке реальности; становится возможна рефлексия, что вкупе с ростом контроля влечений и аффектов повышает способность к нейтрализации инстинктивной энергии (в концепции Федерна – способность к «страданию», то есть к заключению психической боли в границы Я). Этот процесс Шур назвал десоматизацией: в нем ребенок постепенно обретает все большую независимость от вегетативных функций для поддержки гомеостаза. Понятие «ресоматизация» означает, что, если интенсивность раздражения превысила возможности Я в психической переработке, при определенной генетической и органной предрасположенности развитие субъекта как бы направляется вспять. Его Я теряет способность к рефлексии и вторично-процессуальному мышлению, начинает вновь оперировать денейтрализованной энергией и перестает поддерживать десоматизацию. Итогом становится физиологическая регрессия, осуществляемая телом независимо от Я (Schur, 1955).

Александр Митчерлих в 1956 году дополнил гипотезу Шура концепцией двухфазного вытеснения (защиты). Согласно его модели, при не-

вротической аномалии развития кризис хронифицируется в первой фазе вытеснения или защиты, что приводит к формированию невротического симптома. Если этого психического средства оказывается недостаточно, на второй фазе происходит сдвиг к телесным, то есть более примитивным, защитным способам (ресоматизация в терминологии Шура).

Во второй половине XX века стало окончательно ясно, что традиционное деление заболеваний на органические и функциональные основано на спорных предпосылках, а также – что болезни представляют следствие множественных этиологических факторов. Александр доказал несостоятельность классификационной концепции Хэллдея (1948), предполагавшей четкое разделение патологий на психогенные и соматогенные, установив, что типичные для больных людей эмоциональные конstellляции наблюдаются и у людей здоровых, и что в разных случаях относительная значимость телесных и эмоциональных факторов различна. С точки зрения Александра, почти каждое заболевание требуется рассматривать как психосоматическое. В его возникновении и развитии могут играть важную роль наследственная конституция, родовая травма, перенесенные в детстве болезни, физические и эмоциональные травмы, характер ухода за ребенком, а также ряд факторов более позднего происхождения. Поле зрения психосоматической медицины, таким образом, существенно расширилось.

2.4. Александр и гипотеза специфичности

Имя Франца Александра, бесспорно, занимает особое место в ряду клиницистов, посвятивших себя проблемам психосоматических расстройств. В наши дни его называют отцом современной психосоматической медицины, а Чикагский институт психоанализа, которым он руководил долгие годы, – ее инкубатором. Этот факт тем более примечателен, что, как следует из сказанного выше, Александр вовсе не был пионером на данном пути.

Свое психоаналитическое образование Александр начал в 1919 году, поступив в Берлинский психоаналитический институт. Первая его научная работа, увидевшая свет в 1927 году – «Психоанализ личности», – удостоилась похвалы Фрейда. Спустя пять лет он участвовал в основании Чикагского института психоанализа и, будучи избран его первым директором, руководил работой этой организации до 1956 года. Он же в 1939 году создал с группой своих сотрудников журнал «Психосоматическая медицина». Александр начинал свой путь как ортодоксальный психоаналитик, однако затем совершил отход

от классической теории в направлении неофрейдизма: Джеральд Блум характеризовал его позицию как промежуточную между неофрейдизмом и психоанализом (Блум, 1999). Он разделял большинство положений Фрейда, однако критически относился к теории либидо, дистанцировался от традиционного понимания роли влечений в пользу роли отношений и поддерживал нетрадиционные идеи и взгляды. Сам он писал, что к неофрейдистам его причисляют, поскольку он признает необходимость переоценки значимости культурных факторов в личностном развитии, но, с его точки зрения, неофрейдисты уделяют этим факторам неоправданно большое внимание. Александер был сторонником подхода, согласно которому понимание телесных болезней невозможно без совместного анализа психического, соматического и культурного, и именно его исследования в итоге сыграли решающую роль в признании врачами эмоционального фактора развития заболеваний.

Предшественницей Александера на пути поисков корреляций между психической и соматической сферой может быть названа Фландерс Данбар, разработавшая теорию специфических личностных типов. Согласно Данбар, «личностные профили» у носителей разных расстройств существенно различаются: так, человек, страдающий ишемической болезнью сердца, обычно представляет собой субъекта, пребывающего в постоянной борьбе за успех, строящего долгосрочные планы и демонстрирующего высокую степень «принципа реальности»; больной диабетом чаще всего склонен к пассивной жизненной позиции и поиску зависимости, и т. д. (Dunbar, 1943). Александер, однако, замечал, что подобная прямая корреляция между психологическим портретом (характером) личности и предрасположенностью к тем или иным болезням не обязательно раскрывает реальную цепь причинных связей: между ними может располагаться, например, специфический образ жизни. С другой стороны, один и тот же конфликт, определяющий болезнь, может быть аналитически выявлен для совершенно разных личностных типов. Описываемые Данбар внешние паттерны столь сильно варьируют между пациентами с одинаковым медицинским диагнозом, что можно в лучшем случае говорить лишь о некоторых более или менее значимых статистических закономерностях. Пока механизмы взаимосвязей между эмоциональными факторами и органическими заболеваниями не станут известны более детально, выявление внешних корреляций имеет ограниченное значение.

Бройтигам с соавторами называют ряд сильных и слабых сторон личностных типологий и характерологически ориентированных направлений, одно из которых представляла Данбар. Они оказались несомненно полезными, поскольку благодаря им для определенных болезней были

разработаны портреты личности с узнаваемым характером и физической конституцией. Однако их слабость состоит в статичности определяемых признаков, которые обыкновенно не обнаруживают непосредственной связи с личной историей и социальным развитием пациента. Другой недостаток заключается в том, что даже сопоставление личностного качества с определенной болезнью ничего не говорит о его роли в телесном патогенезе: из подобных корреляций нельзя выводить этиологические закономерности (Бройтигам, Кристиан, Рад, 1999).

Тем не менее дальнейшие психодинамические исследования показали, что существуют связи расстройств вегетативных функций не с внешними паттернами, а со специфическими эмоциональными состояниями, которые действительно могут быть аналитически выявлены у совершенно разных личностных типов. Эти наблюдения позволили Александру разработать альтернативную гипотезу – гипотезу специфичности, или специфических конфликтов. Главное внимание в ней было уделено бессознательному эмоциональному напряжению, которое патогенно, поскольку не может разрядиться в координируемых действиях. Существуют многие свидетельства тому, что определенные эмоциональные конфликты способны влиять на определенные органы тела и их группы. Так, подавленный гнев отзывается в сердечно-сосудистой системе (о чем писали еще до Александра Кэннон, Данбар, Фаренкамп) и ведет к повышению давления; фрустрации зависимых наклонностей и потребности в помощи чреваты нарушениями желудочно-кишечной деятельности (Бэкон, Леви и др.), и т. д. Сам Александр признавал, что теория эта нуждается в серьезных проверках и обоснованиях. Судя по всему, окончательного экспериментального подтверждения она так и не обрела.

Еще в 1934 году Александр предложил схему классификации эмоциональных реакций, основанную на представлении о трех главных процессах поддержки жизни: потреблении веществ и энергии, их частичном накоплении и выделении конечных продуктов. Психологическими коррелятами этих процессов являются желания взять, сохранить и отдать либо уничтожить. У субъекта с язвой желудка доминирует функция потребления, у больного колитом – выделения (отдачи, уничтожения), при запорах – накопления, и т. д. Эти функции могут обладать различной степенью конструктивности и деструктивности: так, потребление варьирует от пассивного получения до агрессивного захвата, выделение – от позитивной отдачи до садистического выбрасывания. В догенитальной психосексуальной организации данные компоненты дифференцированы; в дальнейшем, соединяясь в разных пропорциях, они структурируют мужскую и женскую сексуальность и влияют на ве-

гетативные процессы (Alexander, 1934). Александер не приписывал телесным изменениям символического смысла, но полагал, что существует определенный «эмоциональный силлогизм» между функциями тела и переживаниями: например, при язвенной болезни он заключается в том, что больной идентифицирует свою потребность в любви и поддержке с потребностью в кормлении. Таким образом, его неутоленные желания стимулируют повышение активности секреции. Добавим, что подход Александера впоследствии часто критиковался аналитиками в данном аспекте: например, Феничел замечал, что решающими факторами влияния на органические функции служат не сами по себе установки на взятие и отдачу либо их интенсивность, а специфика их связей с тревогой, защитными механизмами и чувством вины.

Наблюдения Александера и выведенные из них акценты на эмоциональной стороне человеческой жизни, очевидно, стали выходом далеко за рамки классической парадигмы. Психоанализ Фрейда уделял небольшое влияние роли эмоций, отдавая предпочтение влечениям и связанным с ними бессознательным фантазиям и конфликтам: целостная теория аффектов стала разрабатываться психоаналитиками лишь с семидесятых годов XX столетия. Исследования чикагской группы заставляли обратить более пристальное внимание на эмоциональную атмосферу самых ранних взаимодействий между матерью и ребенком, в которой формировалась предрасположенность к тем или иным соматическим реакциям. Они стали дополнительным аргументом в пользу тезиса, согласно которому роль отношений в возникновении и развитии патологий не менее существенна, чем роль влечений. Соответственно и терапевтический подход Александера во многом был более ориентирован на отношения между врачом и пациентом, нежели классическая техника, базирующаяся на принципах нейтральности и абстиненции и на интерпретации как ведущем терапевтическом инструменте. Его активная позиция, допуская, в частности, телесные контакты с больным, неоднократно становилась объектом упреков со стороны ортодоксально настроенных психоаналитиков, о чем упоминалось в первой главе.

С другой стороны, Александер признавал, что в развитии заболеваний весомую роль играют не только эмоциональные факторы: так, типичные для язвенного больного психические конstellляции могут быть присущи и человеку, который не болен язвой. Теория специфичности не пренебрегала множеством факторов, которые могут определять тип физиологической реакции: например, конституциональной предрасположенностью и предысторией соответствующей системы органов. В 1946 году в описании бронхиальной астмы Александер уже дистан-

цировался от принятых в то время взглядов на ее чисто психогенную природу, подчеркивая значение конституции субъекта и связанной с ней индивидуальной соматической диспозиции наряду со специфическим бессознательным конфликтом. Следует заметить, что во второй половине XX столетия действительно была доказана роль в возникновении психосоматических заболеваний факторов, которые от психики не зависят – например, генетических.

(Заглядывая чуть вперед, заметим, что вопрос о выборе реагирующего органа до сих пор остается в психосоматической медицине открытым. Известно, что соматическая предрасположенность во многих случаях определяется семейной ситуацией в детстве больного. Есть свидетельства в пользу гипотезы о восприимчивости конкретных органов в духе «семейной традиции» – отчасти наследуемой, отчасти являющейся результатом идентификации. «Выбор» может коррелироваться с определенным типом доминирующего раннего конфликта: например, предрасположенность к кожным заболеваниям бывает следствием излишнего или недостаточного внимания к коже младенца. Желудочно-кишечные расстройства нередко возникают у выходцев из семей, в которых конфликты концентрировались вокруг процесса питания, нарушения выделительных функций – у людей, чье воспитание в духе чистоплотности доходило до аффектации (Куттер, 1997). Однако терапевтам приходится встречаться и с заболеваниями, не основанными на явной унаследованности либо предрасположенности: см., например, заметки Томэ и Кехеле о нейродермите (Томэ, Кехеле, 1996).)

Концепция Александера имела немало точек соприкосновения с концепциями ряда других исследователей психосоматики, например, Кэннона и Вэксюэля (болезни готовности и выражения). В чикагской школе постулировалось, что возникновение и течение болезней управляется тремя группами переменных: 1–психодинамическая конфигурация, складывающаяся в детстве; 2–провоцирующая жизненная ситуация, оживляющая актуальный бессознательный конфликт; 3–телесная предрасположенность. Болезнь начинается, если в результате сочетания этих факторов возникшее напряжение приводит к прорыву психических защит. Александер выделял три категории функций организма, затрагиваемых психологическими воздействиями: произвольное поведение, экспрессивные иннервации (смех, плач, покраснение) и вегетативные реакции на эмоциональные состояния. В последнем случае речь идет о нарушении гармонии между внешней ситуацией и внутренними процессами. Вегетативные реакции в целом могут соответствовать двум основным эмоциональным установкам: подготовке к активному действию или уходу от него.

В первом случае в организме поддерживается хроническое состояние готовности наряду с физиологическими реакциями, сопутствующими чрезвычайным ситуациям: учащением сердцебиения, ростом давления, усилением обмена веществ. Эти состояния находят отклик прежде всего в сердечно-сосудистой системе. Во втором происходит эмоциональное «бегство» от действия к инфантильному переживанию потребности в помощи и зависимости – в терминологии Александера так называемое «вегетативное отступление». Сюда относится группа функциональных расстройств желудочно-кишечного тракта. Усиление желудочной секреции представляет регрессивную реакцию на стресс. Голод есть одна из первых форм эмоционального напряжения, переживаемого ребенком; оральное принятие заботы – наиболее ранний паттерн его ослабления (Александр, 2000). Близкие взгляды прежде выражал Кэннон: в его концепции первый случай связан с доминированием в вегетативном балансе симпатического возбуждения, второй – парасимпатического (Cannon, 1920). Однако следует иметь в виду, что эта схема упрощает действительность. В любом вегетативном процессе принимают участие оба отдела нервной системы; с тем или другим конкретно может быть соотнесен только первоначальный стимул, вызывающий дисбаланс.

Школе Александера принадлежит понятие «неврозы органов», обозначающее физиологические сопровождения определенных эмоциональных состояний: к ним относятся расстройства сердечно-сосудистой системы, желудочно-кишечного тракта, органов дыхания, внутренней секреции и т. д. Они могут сопровождаться такими разнообразными телесными проявлениями, как ком в горле, парестезии, затруднения дыхания, различные ощущения в области сердца. Неврозы органов возникают, когда эмоциональная стимуляция той или иной вегетативной функции становится хронической и чрезмерной. Эти расстройства носят функциональный характер, то есть при них не обнаруживаются морфологические изменения в тканях: нарушена лишь координация и интенсивность процессов (Александр, 2000).

В отличие от Дейча, Александр указывал на принципиальную разницу между конверсионной симптоматикой и неврозами органов, обосновывая ее и физиологически, и психодинамически. Состоит она в том, что если конверсионный симптом есть по сути *действие*, направленное на разрядку конфликта, то неврозы органов возникают при *невозможности подобного действия*. Конверсия представляет символическое выражение эмоционально нагруженного психологического содержания, то есть попытку разрядки. Невроз органа является не попыткой выразить эмоции, а лишь физиологической реакцией на эмоциональное состояние:

так, ярость повышает кровяное давление, но сама от этого не ослабевает. Соответственно в отличие от конверсионного симптома он не обладает психологическим значением и не может быть интерпретирован или вербализован с помощью психологических понятий (Александр, 2000).

Это принципиальное разделение в дальнейшем отчасти утратило свое значение, так как было установлено, что автономная нервная система может быть затронута и при истерической конверсии. Как уже отмечалось, граница между конверсионными и вегетативными процессами оказалась весьма условной. Однако для развития концепций психосоматики оно было очень важным. Александр фактически унаследовал дихотомию Фрейда, подразумевавшую существование психоневрозов, подвластных психоанализу, и неврозов актуальных – неподвластных; но при этом позиции Александра и Фрейда в отношении последних были диаметрально противоположны. Фрейд считал, что в основе органического расстройства при актуальном неврозе лежит соматически фундированный и недифференцированный инстинкт, недоступный психологическому исследованию. Александр же полагал, что изучать и лечить вегетативно-функциональные расстройства следует именно с психодинамических позиций.

Когда стало невозможно отрицать, что эмоциональное влияние врача на пациента есть серьезный терапевтический фактор, роль психотерапии еще долго ограничивалась функциональными случаями – относительно легкими нарушениями, в отличие от истинных органических патологий. При последних эмоциональное состояние больного также считалось важным, но реальная причинная связь между психическими факторами и заболеваниями не была общепризнанной. Постепенно, однако, делалось ясно, что между функциональным и органическим нет четкой границы, и что стойкие функциональные расстройства могут со временем приводить к серьезным заболеваниям. Были описаны две фазы этого процесса: на первой хроническое эмоциональное расстройство вызывает расстройство вегетативное (функциональное). На второй – хроническое функциональное расстройство ведет к морфологическому изменению ткани и к возникновению болезни – психосоматоза. Так, при непрерывном переживании потребности в заботе и безопасности усиление желудочной секреции повышает ранимость слизистой оболочки, в связи с чем любая ее травма может вызвать эрозию и развитие язвы. По словам Александра, если прежде каждое нарушение функции рассматривалось как результат нарушения структуры, то теперь установилась обратная причинно-следственная связь (Александр, 2000).

Психосоматозы, таким образом, стали своего рода «конечным пунктом» развития вегетативно-функциональных расстройств. Наиболее типичные из психосоматических болезней составили так называемую «великую семерку» или «чикагскую семерку»: в нее вошли бронхиальная астма, ревматоидный артрит, язвенный колит, язва желудка и двенадцатиперстной кишки, эссенциальная гипертония, гипертиреоз и нейродермит (эндогенная экзема). Долгое время многие врачи полагали, что психосоматическая медицина и подход Александра ограничиваются этим перечнем. Сам Александр был против того, чтобы выделять психосоматические заболевания в отдельную группу, утверждая, что любая болезнь по сути является психосоматической: семь перечисленных лишь наиболее подтверждены и признаны как таковые. Дальнейшие экспериментальные исследования действительно привели к тому, что под определением «психосоматическое» стали понимать весьма широкий круг явлений. Однако перечень патологий, которыми занималась чикагская школа, почти точно совпадает со списком болезней, признаваемых современной клинической психиатрией как психосоматозы (Каплан, Сэдок, 1994).

Теория Александра вызвала множество нареканий со стороны психоаналитиков, увидевших в ней лишь отражение способа мышления экспериментатора. Так, Висс причислил его к «неоаналитическим бихевиористам и рефлексологам», упрекая в продолжении традиций «наивного позитивизма». С точки зрения Висса, концепции Александра регрессивны, поскольку психические конфликты в них рассматриваются не как структурные, но как выражающие противостояние инстинктов: они являются, по сути, возвратом к первичному психоаналитическому дуализму Я- и либидо-влечений. Говорили также, что предпринятая Александром дифференциация конверсионных симптомов и вегетативных расстройств представляет шаг назад по сравнению с его ранними взглядами на происхождение органических заболеваний с позиций влечения к смерти. Аммон, однако, назвал эту критику несправедливой. Он видел решающий шаг Александра в том, что его представления о генезе и развитии заболеваний вышли далеко за рамки традиционной модели неврозов. Александр обосновывал свои построения не столько психодинамически, сколько физиологически, приняв за основу дихотомии органический субстрат вегетативной нервной системы. Вместо конфликта интрапсихических инстанций он рассматривал межличностную ситуацию раннего детства, нарушения которой имели доминирующее значение в этиологии болезней, и по отношению к которой конфликтная динамика, ответственная за симптом, является вторичной. С точки зрения Аммона, Висс прав, утверждая, что место Александра в психоанализе трудно определить, но только если прирав-

нять психоанализ к теории неврозов – в то время как психоаналитическая практика все дальше выходит за рамки работы с неврозами.

В то же время Аммон полагает, что Александеру не удалось создать целостную психодинамическую теорию, которая удовлетворительно описывала бы упоминавшееся Фрейдом отчуждение психического от телесного. Хотя Александер и подчеркивал этиологическое значение межличностной ситуации, в конечном счете он остался в рамках представления об изолированной психофизиологической системе организма индивида. Проблемы развития Я и объектных отношений в его концепциях предстают прежде всего как биопсихологические проблемы роста и воспроизводства. С другой стороны, именно такая постановка вопроса позволила ему принципиально по-новому осветить феномен вегетативных расстройств: вместо внутриспсихического конфликта на первый план был выдвинут конфликт между организмом и окружающей средой (Аммон, 2000).

Гипотеза специфичности в наши дни, безусловно, утратила прежнюю актуальность. Она была разработана поначалу для болезней «чикагской семерки» и проверялась на них. Данное ограничение было продуктивным для соответствующего этапа развития науки. Дальнейшие исследования не подтвердили существования специфических конфликтных ситуаций для всех или даже для большинства пациентов той или иной нозологической группы – равно как и тезиса, согласно которому каждому эмоциональному переживанию соответствует определенная органическая реакция или синдром. Как отмечают Бройтигам с соавторами, при тщательном рассмотрении типология конфликтов Александера обнаруживает мало различий с прежними личностными типологиями. Стало ясно, что, хотя психосоциальные факторы играют весомую роль в возникновении и течении психосоматических болезней, гораздо лучше, нежели версия о специфической причинности, обосновано предположение, что эти факторы сугубо неспецифическим образом занимают место в переплетении множества причин каждого заболевания. Так, гипертиреоз, который долгое время вслед за Александером врачи относили к наиболее характерным психосоматозам и полагали обусловленным в первую очередь психотравматически, рассматривается современной медициной как результат целого ряда предрасположенностей; язва двенадцатиперстной кишки признана болезнью, вызываемой не только изменениями, связанными с утратой чувства безопасности, но и ситуацией возрастания ответственности, неспецифическими жизненными кризисами и новыми социальными констелляциями при наличии соматического фактора в виде гиперсек-

реции. Дополнительным аргументом в пользу отказа аналитиков от гипотезы специфичности стала дифференциация принятых во времена ее создания целостных нозографических единиц – язвенной болезни, бронхиальной астмы и др. (Бройтигам, Кристиан, Рад, 1999).

И тем не менее методологический подход Александра был весьма плодотворен, о чем свидетельствует его нынешняя популярность: он остается неотъемлемой частью психосоматической медицины, несмотря на то, что фокус исследований в ней сместился от одних переменных к другим. Заболевания «чикагской семерки» продолжают рассматриваться как «классические» психосоматозы и служат важными примерами по крайней мере в тех случаях, когда требуется продемонстрировать корреляции, значимые для развития гипотез и теорий. Как отмечают Томэ и Кехеле, можно сказать, что в целом подход Александра был многомерным, хотя гипотеза специфичности и являлась для него базой; в наше время его методологическим следствием становится тенденция к возможно более тщательно изучению психосоциальных факторов, влияющих на возникновение и течение болезни, и к лечению с учетом их влияния. С точки же зрения психотерапии, работы Александра и его коллег по Чикагскому институту оказались необыкновенно продуктивными хотя бы потому, что именно в этой исследовательской группе центром внимания стала концепция отношений «здесь и сейчас» (Томэ, Кехеле, 1996).

2.5. ...до наших дней

Когда стало очевидно, что концепции Александра не получают подтверждения экспериментальными данными, и потеряла актуальность схематическая интерпретация болезни в рамках антагонистической вегетативной регуляции, стали возникать новые версии и гипотезы о природе психосоматических нарушений. Появилась точка зрения, согласно которой соматическая патология зависит не от типа стресса, а лишь от того, какой телесный орган более уязвим: аргументом служило отсутствие прямой корреляции между болезнью и конфликтом («неспецифическая концепция», сторонником которой выступал, например, Доллард). Другие авторы, также отвергающие психосоматическую специфику конфликта и предобусловленность заболевания определенного органа, описывали психосоматические связи как типичный пример ситуационного ответа на нагрузки (Wolff, 1950). Шеффер, подчеркивая доминирующую роль социальных факторов в развитии заболеваний, ввел в 1966 году термин «социопсихосоматика». В 1967 году, как уже упоминалось, Энджелл и Шмэйл выдвинули версию о том, что главным импульсом к возникновению и к будущим обострениям психосоматических расстройств

служит травма потери объекта: этот тезис, подтвержденный исследованиями, например, Фройбергера, остается для психоаналитиков ведущим и в наше время. Однако сам по себе он не объясняет личностных особенностей или психодинамической структуры индивида, чьей реакцией на травму потери становится функциональное расстройство или психосоматоз.

Попытку такого объяснения предприняли в шестидесятые годы врачи парижской психосоматической школы: Пьер Марти, Мишель де М'Юзан, Мишель Фэн и др. В центре их внимания вместо соматических синдромов как таковых оказались специфические личностные проявления, отмечающие многих телесно больных пациентов – что позволило предположить существование особой «психосоматической структуры» личности. В определенном смысле эти исследования стали попыткой сократить нежелательную дистанцию между психоанализом и психосоматической медициной, росту которой, по мнению многих аналитиков, способствовали Вейцдекер и Александер.

В основу концепции парижской школы было положено наблюдение, согласно которому психосоматические больные существенно отличаются от здоровых людей и невротиков – в первую очередь тем, как они строят отношения с окружающим миром и, в частности, ведут себя с терапевтом. Высказывания этих пациентов обыкновенно банальны и пусты; они мало способны развивать идеи, не понимают метафор и переносного смысла изречений, либо понимают их с трудом. Их характеризует бедность речи, недостаток эмоциональности, неспособность к фантазированию и свободным ассоциациям. Телесная иннервация рождает у них тенденцию заменять речевые обороты и воображаемые представления жестами. Эти люди создают впечатление, будто они утратили контакт со своим бессознательным (или лишены его) и слишком сильно привязаны к окружающему реальному миру. Для описания данной специфической привязанности Марти и М'Юзан предложили в 1963 году термин «операторное мышление»: так была обозначена особая разновидность объектных отношений, которая, с точки зрения авторов, сама может быть рассмотрена как симптом. (Замечу, что французское определение «opérateur» звучит в разных переводах на русский язык по-разному: «операциональное», «операционистское», «операционное»; так, последний вариант был использован в публикации соответствующей статьи в «Антологии современного психоанализа», служившей мне первоисточником. Я предпочитаю называть данный тип мышления «операторным» – следуя рекомендации французского психоаналитика российского происхождения Александра Непомящи.)

Согласно наблюдениям Марти и М'Юзана, операторное мышление не встречается у большинства невротиков и у пациентов, достигших генитального уровня отношений. Его единственное назначение состоит в поддержке связей с разумной и актуальной реальностью. Оно способствует сохранению поверхностных контактов с миром и при этом помогает не допускать в поле зрения ничего, кроме этих контактов. Операторное мышление представляет тот же способ овладения реальностью, что наблюдается при обсессивном неврозе, но при последнем такое овладение осуществляется путем активных ментальных операций, насыщенных символическим или магическим значением. У психосоматического больного та же цель достигается через непосредственный контроль над развитием своих действий. С точки зрения французских психоаналитиков, данный тип мышления не является причиной или следствием психосоматической патологии, но скорее происходит из одного с ней корня: особого рода отношений между матерью и младенцем, препятствовавшего формированию внутреннего мира успокаивающих и поддерживающих интроектов (Марти, М'Юзан, 2000; Фэн, 2005).

Концепция операторного мышления и связанная с ней версия о психосоматической личностной структуре получили дальнейшее развитие в трудах Сифнеоса – американского психоаналитика греческого происхождения (Массачусетский госпиталь, Бостон), который в семидесятые годы XX века ввел в обиход понятие алекситимии. Термин «алекситимия» включает три компонента: по-гречески «а» – отрицание, «lexis» – слово, «thumos» – сердце, чувство, то есть буквально он переводится как «отсутствие слов для выражения чувств». Понятие алекситимии у Сифнеоса включает неспособность не только описывать чувства словами, но и различать их психические и соматические составляющие, распознавать отдельные эмоции на фоне общего недифференцированного психического напряжения и контролировать аффекты, а также нехватку фантазий, преувеличенное внимание к разрозненным деталям событий, мышечную и мимическую ригидность, в терапии – безжизненное и бесцветное течение сессий (Sifneos, 1977). Алекситимия представляет довольно характерный личностный аспект многих психосоматических пациентов: они мало способны к эмоциональному резонансу, испытывают серьезные трудности в вербализации внутренних переживаний (в отличие от большинства невротических субъектов, всегда готовых выговориться), иногда усугубляемые бедностью словарного запаса. Данные черты рассматриваются обыкновенно как признак недостаточности работы психического аппарата, которая и обуславливает тенденцию к соматизации конфликтов и травм. Ниже тема операторного мышления и алекситимии будет раскрыта более подробно.

В современном психоаналитическом сообществе отношение к этим концепциям неоднозначно. Есть те, кто воспринимает их как универсальные для описания динамики психосоматических процессов; другие полагают их устаревшими или по крайней мере недостаточными для глубокого понимания личности, потерявшей связь с собственным внутренним миром. (На мой субъективный взгляд, концепция операторного мышления обладает огромным значением как составная часть концепции алекситимии – важнейшей характеристики психосоматической личностной структуры: речь об этом также пойдет в следующих главах). Нельзя игнорировать и тот факт, что алекситимия и операторное мышление далеко не всегда сопутствуют психосоматическим болезням в классическом их варианте; если же принять версию, согласно которой любое заболевание является психосоматическим, тогда корреляция между соматической патологией и алекситимией становится и вовсе сомнительна. В 1990 году сам Марти с сарказмом отзывался о тех врачах психосоматического направления, чье понимание психосоматозов за прошедшие годы не вышло из рамок модели операторного мышления: «Даже среди наших коллег, не искушенных в проблематике психосоматики, действительно присутствует тенденция сводить рассмотрение вопроса к отсутствию фантазий, недостаточности мыслительного процесса... а между тем существует большое разнообразие типов психического функционирования у соматических больных... Не так уж редко можно встретить соматические заболевания у пациентов, которые демонстрируют обыкновенно невротические психические характеристики – богатство личностных структур, ум живой и блестящий. Можно также констатировать, что в конечном итоге... каждый из нас может оказаться пораженным соматическим заболеванием даже до наступления старости» (Марти, 2005, с. 518). Однако он не отрицал фундаментального значения своей концепции для дальнейших исследований, сообщая в той же статье: «Я не знаю психоаналитической теории, которая последовательно рассматривает проблемы отношений психики и тела в их целостности, кроме той, которую, начиная с моих первых работ 1948 года, разрабатываю я, часто вместе с другими психоаналитиками» (там же, с. 520).

В последней цитате речь шла о разработанной Марти концепции соматизации как прогрессирующей личностной дезорганизации. Марти предпринял попытку установления корреляционных связей между операторным мышлением и некоторыми аспектами психофизиологического развития. Его ранние взгляды основывались на гипотезе о первичных внутриутробных фиксациях, ответственных за развитие психосоматических симптомов. Позднее им было выдвинуто предположение, согласно которому рождение механизмов этих фиксаций представляет результат

патологического взаимодействия эволюционного процесса и инстинкта смерти. То, что Фрейд описывал как производные влечения к смерти, в теории Марти предстает «соматической контрэволюцией». Процесс развития психосоматоза был определен им как «соматизация по типу прогрессирующей дезорганизации»: соматизация перестает выполнять функцию защиты жизни, каковой она обладает, будучи соматизацией регрессивного типа, и над личностью безраздельно властвует инстинкт смерти (Марти, 2005; Marty, 1968, 1969).

Более детально об этой теории будет сказано в следующих главах. Замечу здесь лишь, что отношение к ней со стороны многих психоаналитиков весьма скептически: так, на взгляд Томэ и Кехеле, французские авторы совмещают фрагменты разных концепций, не затрудняя себя их интеграцией, и не делают попыток разрешить содержащиеся в них противоречия. В итоге они не выстраивают последовательной теоретической модели, доступной проверке (Томэ, Кехеле, 1996). Со своей стороны могу заметить, что концепция Марти не представляется мне настолько неинтегрированной и нелогичной, как видят ее эти немецкие авторы: последние оценивают ее как чистые экспериментаторы и эмпирики, в то время как французский подход более спекулятивен (не в дурном смысле слова). Но примечателен тот факт, что в большинстве литературных источников, освещающих проблемы психосоматических исследований и, в частности, историю психосоматической медицины, в качестве главного наследия французских аналитиков упоминается именно описание операторного мышления, а не более поздние теории парижской школы. Что же касается замечания Марти по поводу эксклюзивного характера его исследований связей телесного и психического, мне кажется, оно несколько субъективно. Трудно переоценить вклад, внесенный в эту область, например, теми, кто в семидесятые и более поздние годы разрабатывал теорию аффектов и описывал соматические расстройства как результаты нарушений развития эмоциональной жизни индивида: о связях между психосоматической структурой и эволюцией аффекта, как их представляет, в частности, Кристал, речь также пойдет впереди.

Семидесятые годы XX века стали периодом возникновения целого ряда новых ветвей и концепций психосоматической медицины, а также соответствующих лечебных методик. Представления Вильгельма Райха о «характерологическом панцире» нашли продолжение в «биоэнергетике» Александра Лоуэна – терапевтическом направлении, основанном на коррекции искаженных телесных ощущений. Артур Янов разработал «терапию первого крика», позволяющую оживлять и делать ощутимыми ранние телесные переживания, которыми аналитики часто пренебре-

гали: в этом процессе отреагирование аффекта ведет к объективно наблюдаемой и субъективно осязаемой разрядке обиды, гнева и т. д. Однако данные методики в большинстве случаев, учитывая психоаналитические наработки, тем не менее значительно отклонялись от традиционной психоаналитической методологии. Последнее, возможно, было связано с тем фактом, что «классический» аналитический подход уже явно оказывался для области психосоматики недостаточным. Психоаналитики, привыкшие мыслить в определенных категориях и терминах, пытаясь понять соматические болезни, сталкивались с двумя неожиданностями: во-первых, экономика субъекта носила не только психический характер, во-вторых (и это делалось все более очевидно), речь шла не столько о «прыжке из психического в телесное», сколько о наслаивающемся взаимопроникновении психики и тела. Комментируя эти трудности, Марти замечал, что ортодоксально настроенный психоаналитик везде склонен искать и находить тревогу – даже если речь идет о сложных биологических реакциях; психический конфликт – даже если третья сторона отсутствует в репрезентациях пациента (и связывать ее отсутствие с вытеснением); исходящее от инстанции Сверх-Я подавление – даже при несуществующей эдиповой организации, и т. д. (Марти, 2005).

Эту ограниченность традиционной теории и методологии попытался преодолеть в середине семидесятых годов немецкий психиатр Гюнтер Аммон, основатель (и впоследствии президент) Ассоциации динамической психиатрии. Его концепция, использовавшая и развивавшая идеи, в частности, Федерна, заняла особое место в ряду глубинно-психологических разработок. В дальнейшем она, по-видимому, так и не была интегрирована в широкую науку, оставшись в виде отдельно существующей, независимой школы. Психосоматическая медицина к принятию взглядов Аммона также оказалась не готова: для психоаналитиков они подразумевали слишком радикальную ревизию учения Фрейда, для психиатров и интернистов содержали слишком неприемлемые идеи о роли психики в проблемах тела.

Согласно представлениям Аммона, динамика психосоматического заболевания близка той, которую Федерн описал для аффективных расстройств. Психосоматический симптом избавляет Я от переработки болезненного события и представляет собой хронифицированную форму чувства боли от травмы, не принятой в границы Я. Болезнь становится попыткой более или менее самодеструктивным образом уберечь недостаточно катектированное нарциссическим либидо Я от дезинтеграции. Симптом призван восполнить или компенсировать нарциссический дефицит, возникший при формировании границ, и таким образом со-

хранить интеграцию личности. Этот структурный дефицит или дефект отграничения Аммон назвал «дырой в Я». «Дыра в Я» в его концепции не только служит структурной базой психосоматических болезней, но и отвечает за психогенез и динамику психозов, пограничных синдромов и сексуальных перверсий (Аммон, 2000).

Концепция Аммона отразила созревшую во второй половине XX века тенденцию, согласно которой вместо вопроса о содержании симптома ведущее значение стал обретать вопрос о формах и способах симптоматического поведения и о месте, которое оно занимает в переживаниях и общем поведении субъекта. Он же являлся вопросом о роли Я в психогенезе симптома. Кроме того, многие исследователи (Аммон в их числе) стали приходить к выводу, согласно которому психосоматический процесс есть всегда процесс *межличностный*: такова еще одна причина, по которой он не может быть понят в рамках индивидуально-психологической парадигмы классического психоанализа. Любая форма патологии, даже если она проявляется как сугубо индивидуальное заболевание, восходит к нарушению взаимодействия в группе и – более широко – в социальной среде. Кризис группы или среды находит выражение в кризисе идентичности индивида, в нарушениях ее формирования, развития и поддержки.

Как одно из следствий углубившегося понимания связей психосоматических болезней и окружающей (социокультурной, экологической, природной) среды, во второй половине и конце XX столетия стали появляться интегративные модели психосоматики, в которых получили новое развитие идеи Рудольфа Креля, Густава Бергмана, Вейцдекера, Вэкслюэля и др. Рожденные под влиянием психоанализа, они также вышли за его рамки, объединив глубинно-психологический подход с естественнонаучными потребностями медицины. Интегративная модель определяет здоровье не по отсутствию болезни, а по успешности адаптации субъекта к окружающей реальности. В ее рамках болезнь как таковая представляет собой нарушение определенных областей структуры или функций организма, однако субъективное чувство болезни есть следствие неспособности человека приспособиться к разнообразию жизненных ситуаций. Оно возникает как результат неполного соответствия его адаптивных возможностей требованиям внешнего мира. В интегративных моделях болезнь не рассматривается как замкнутая сущность, подлежащая лишь диагностике и устранению. Между органическим симптомом и субъективным чувством болезни нет прямой корреляции. Человек может быть предрасположен к болезни, не будучи больным или не чувствуя себя таковым; может, наоборот, несмотря на болезнь, не испытывать страдания.

Наблюдения, легшие в основу интегративных моделей, вероятно, стали еще одним косвенным (или прямым?) подтверждением существования «психосоматической личностной структуры», не всегда коррелирующей с заболеванием самим по себе.

Множество направлений, возникших и возникающих в психосоматической теории и практике, вполне естественно, так как психосоматическая проблематика и личность «психосоматического профиля» может рассматриваться во множестве аспектов («психологических переменных»). В ранний период развития психосоматической медицины таковыми были: конверсия, специфические фиксации, особый характер стресса, определенный внутриспихический конфликт и т. д. Однако ни один из этих аспектов по отдельности не смог привести к исчерпывающему объяснению психосоматической болезни. Кроме того, в настоящее время общепризнанной является многофакторность заболеваний: в их патогенезе могут играть роль причины генетические, физиологические, психологические, экологические, социальные и, возможно, многие другие. Бройтигам с соавторами, ссылаясь на исследования Шепанка, распределяют значимость факторов психосоматических расстройств следующим образом: наследственность – 30%, раннее развитие – 25%, детство – 15%, события зрелой жизни – 15%, социальные влияния – 10%, прочее – 5% (Бройтигам, Кристиан, Рад, 1999).

Данные факты не обесценивают прежних теорий, но лишь еще раз подтверждают необходимость комплексного подхода к предмету исследования. Можно сказать, что до конца прошлого столетия психосоматика в основном являлась наукой о взаимодействии души и тела. Пожалуй, лишь Вейцдекер предпринял серьезную попытку расширить ее границы, включив в них окружающий мир. Концепция Вэксюэля, появившаяся в девяностые годы и отразившаяся в ряде интегративных моделей, окончательно задала исследованиям новое направление. Последнее базировалось на понимании того, что психика, организм и среда представляют взаимосвязанные и совместно развивающиеся системы, ни одна из которых не может быть исчерпывающим образом понята и описана без учета других.

Нельзя не заметить, что необходимость столь многомерного подхода предельно обостряет проблему, обозначенную в предыдущей главе. Если даже баланс между чисто медицинским и чисто психологическим подходом к пациенту столь труднодостижим, что оказывается серьезным препятствием интеграции психоанализа в психосоматическую медицину (или наоборот), то требование учета целого ряда факторов – от генетических до социокультурных – подразумевает, по-видимому,

профессионализм терапевта в таком же ряде областей от физиологии до культурологии. Подобное едва ли реально, и очевидно, что каждый специалист станет расставлять в собственной работе акценты, соотносясь со своей специализацией и научными приоритетами. Но в этом случае не уподобляется ли стоящая перед ним задача уравнению со слишком многими неизвестными? Таков вопрос, ответить на который нам еще предстоит.

3. ПСИХОСОМАТИЧЕСКАЯ ПАТОЛОГИЯ

Не будем забывать, что слова «определение» и «предел» – одного корня.

Станислав Ежи Лец

Когда я работал над этой книгой, я испытывал большой соблазн обойтись без данной главы. Как мне довелось упомянуть еще в предисловии, я являюсь не врачом, а психологом, и не могу компетентно писать о заболеваниях тела: до сих пор я упоминал о них лишь в силу необходимости и со ссылками на сведущих авторов. Кроме того, основным объектом моего интереса и темой настоящей работы служит не болезнь, но лишь человек, склонный к ней; личность определенного склада или структуры, которую я и назвал «человеком соматическим» – субъект, чье психическое функционирование в большей степени, чем у большинства людей, подменено телесным. И все же я не решился обойти вниманием тему психосоматической патологии как таковой, отчасти чтобы не нарушить определенных традиций, отчасти – чтобы не оставить в подвешенном состоянии вопрос о том, к каким же болезненным реакциям «человек соматический» более склонен. Напомню, что по этому поводу существуют две крайние позиции: есть специалисты, полагающие, что круг психосоматических расстройств тождествен «чикагской семерке», и специалисты, утверждающие, что психосоматическим является любое заболевание, от ринита (насморка) до синдрома приобретенного иммунодефицита. Господствует все же в современном психоанализе точка зрения, с которой оба этих взгляда рассматриваются как неоправданные крайности. То же самое можно сказать об этиологических версиях, варьирующих от представления о чисто психогенной природе некоторых болезней до утверждения, что эмоционально-психические факторы играют в их развитии мизерную роль на фоне множества других.

Еще одной причиной, побудившей меня все-таки перейти границу чужой епархии и написать эту главу, было желание напомнить читателю о некоторых неоднозначностях и сложностях, связанных с традиционным современным пониманием «психосоматических расстройств».

Проведенный мною опрос врачей соматического профиля показал, что понятие психосоматического заболевания в современной медицине может трактоваться весьма широко. Согласно обобщенному варианту данных ими определений, психосоматические расстройства представляют группу, характеризующуюся следующими дифференциально-диагностическими признаками: во-первых, их начало и последующие обострения связаны со стрессовыми ситуациями. Во-вторых, они предполагают наличие ослабленного органа или системы органов как результат наследственной предрасположенности или ранее перенесенного заболевания. В-третьих, они сопровождаются ригидностью и высоким самоконтролем в преморбидном периоде, что ведет к торможению эмоциональной жизни. В-четвертых, на начальной стадии болезни или до начала ее как таковой у пациентов отмечаются вегетативно-функциональные расстройства. Наконец, в-пятых, имеет место длительное развитие заболевания с постепенным уменьшением роли эмоционально-психических факторов.

Для современной психотерапии наиболее традиционной является классификация психосоматических расстройств, делящая их на психосоматические реакции и нарушения. Психосоматические реакции, возникающие у людей в стрессовых жизненных ситуациях, переходящи и обычно не несут угрозы здоровью: учащение сердцебиения, покраснение, головокружение и т. п. Психосоматические нарушения принято делить, в свою очередь, следуя традиции Александера, на три основные группы: конверсионные симптомы, функциональные синдромы и психосоматические болезни, или психосоматозы (Любан-Плюцца, Пельдингер, Крегер, 1996).

О конверсионной симптоматике речь шла в предыдущей главе: напомним, что эти симптомы обыкновенно сопутствуют истерическим расстройствам, носят символический характер и отражают попытку решения невротического конфликта через вторичный соматический ответ и переработку. Они могут выглядеть как нарушения практически всех телесных функций: зрения, слуха, речи, двигательной активности, работы желудка и других внутренних органов; могут проявлять себя как локализованные боли и, наоборот, анестезии и т. д.

Функциональные синдромы (вегетативные неврозы, вегетативная дистония, у Александера – неврозы органов) представляют собой физиологические эквиваленты эмоциональных состояний. Они предстают

как пестрая картина часто неопределенных жалоб, которые также могут касаться любых систем органов: учащенное или замедленное дыхание и сердцебиение, чрезмерная активность или ослабление работы кишечника, пониженный либо повышенный кровоток, судороги желчного пузыря, ослабление или усиление функций органов внутренней секреции и т. д. Это наиболее распространенные психосоматические нарушения: как утверждает Куттер, ссылаясь на Шепанка, к ним относится четвертая часть всех заболеваний в медицинской клинике, и от них в большей или меньшей степени страдает двенадцать процентов населения (Куттер, 1997).

Психосоматозы – нарушения, являющиеся уже серьезными заболеваниями – рассматриваются как реакции на конфликтное переживание, связанные с патологическими изменениями в органах. В первую очередь к ним относят болезни «чикагской семерки»: бронхиальную астму, язвенный колит, язву желудка и двенадцатиперстной кишки, эссенциальную гипертонию, нейродермит, ревматоидный артрит и гипертиреоз (или тиреотоксикоз). Многие авторы добавляют к этому перечню ишемическую болезнь сердца и инфаркт, онкологические заболевания, сахарный диабет, псориаз, ожирение, нарушения пищевого поведения – булимию и анорексию, а также ряд разновидностей сексуальных расстройств.

Другая популярная классификация, предложенная в 1967 году Энджеллом, делит психосоматические расстройства на четыре группы, три из которых отчасти являются коррелятами вышеназванных. Это группа «психогенных нарушений», включающая конверсию, ипохондрию и некоторые реакции на психопатологические состояния; группа «психофизиологических нарушений», тождественных функциональным синдромам; группа психосоматических заболеваний в узком смысле с отчетливыми психологическими характеристиками страдающих ими больных. Четвертая выделяемая Энджеллом группа – «соматопсихические нарушения», то есть тяжелые психические реакции на соматические заболевания (цит. по: Любан-Плоцца, Пельдингер, Крегер, 1996).

Международная классификация болезней 10-го пересмотра (МКБ-10) относит конверсию к разделу F4 («невротические, связанные со стрессом и соматоформные расстройства») в роли диагностической группы F44 («диссоциативные (конверсионные) расстройства»), включающей двигательные расстройства, судороги, анестезии, болевые ощущения и т. д. Конверсия определяется МКБ-10 как трансформированный в симптомы аффект, порожденный конфликтной ситуацией или иными проблемами, которые больной не в состоянии разрешить. Возможно, к конверсионным явлениям могли бы быть также отнесены некоторые из соматоформных расстройств (код группы F45), описываемых как

повторяющееся возникновение физических симптомов при объективно подтверждаемом отсутствии органической патологии – особенно соматизированные расстройства (F45.0) и соматоформные дисфункции вегетативной нервной системы (F45.3). Как и при «классической» истерии, для данной группы характерны элементы демонстративности в поведении субъекта, напористый и драматичный тон предъявления жалоб, требования новых и новых медицинских обследований. Многие заболевания, относящиеся к разряду психосоматозов, упоминаются МКБ-10 в перечне состояний, часто ассоциированных с психическими и поведенческими расстройствами: язва желудка и двенадцатиперстной кишки, астма, эссенциальная гипертония, тиреотоксикоз, ожирение и др. (Чуркин, Мартюшов, 2000).

Не станем говорить здесь о происхождении конверсионных и ипохондрических симптомов, поскольку данные явления по сути чисто невротические, и сосредоточим внимание на этиологии реальных соматических нарушений – функциональных синдромов и психосоматозов, – какой видит ее современная психоаналитическая теория. Практически общепризнано в наши дни то, что, как предположил в шестидесятые годы Энджелл и подтвердил в семидесятые годы Фройбергер, развитию психосоматического заболевания предшествует переживание потери объекта: разлука, смерть близкого человека, разрушение любовной привязанности, а также такие жизненные ситуации, как увольнение с работы, переезд на новое место жительства взамен привычного, уход в армию по призыву и т. п. Потеря не обязательно является реальным событием: речь может идти, например, об ее угрозе или лишь о фантазии о ней. Однако во всех этих случаях непреодоленным остается чувство незащитности и безнадежности, срабатывающее как пусковой механизм болезни. Личностные психодинамические факторы, способствующие соматическому патогенезу, – депрессивность, ограничение способности к интроспекции, агрессивные защиты и орально-регрессивные черты. Особо значительным условием, как подчеркивает Фройбергер, является нарциссическое нарушение, не позволяющее достичь удовлетворительной переработки потери (Freuberger, 1976).

За психосоматическим симптомом скрывается экзистенциальный страх – страх прекращения бытия. В отсутствие чего-то привычного и надежного человек испытывает невыносимое чувство незащитности. Нанесено ли ему оскорбление, или он потерял работу, или кого-либо из близких – он утратил нечто, сохранявшее прежде гармонию его мироощущения. Угроза, которую он переживает, исходит от «плохой» части собственного Я – «злокачественного интроекта». Под давлением

Сверх-Я этим интроектом становится заболевший орган (Куттер, 1997). Экзистенциальная угроза существованию превращается в угрозу телу, позволяя уцелеть психическому Я.

Данный процесс проходит три стадии. На первой совершается попытка справиться с обидой, тревогой, яростью силами психики: например,отреагировать травму с помощью агрессии либо задействовать невротические защитные механизмы. В большинстве случаев защита охватывает всю личность, формируя характерологический невроз. Если травма слишком глубока или психические защиты недостаточно развиты, наступает стадия соматизации: регрессивным путем оживляются ранние детские состояния, в которых психосоматический баланс поддерживался вегетативными средствами. Конфликт «вытесняется в тело», и тот или иной орган вовлекается в патологический процесс в форме функционального расстройства. Наконец, если последнее ярко выражено, оно может привести к стадии развития психосоматоза: например, усиление желудочной секреции и связанная с ней повышенная ранимость слизистой оболочки станет фактором, провоцирующим возникновение язвы. Куттер, ссылаясь на Митчерлиха, приводит пример с немецким поваром (1945 год), который для сохранения психического равновесия при появлении малейшего чувства голода старался что-либо съесть. Когда город, где он жил, заняли американские оккупационные войска, повара выгнали из ресторана. Сперва он впал в ярость, но затем «проглотил гнев», следствием чего в скором времени стала язва желудка (Куттер, 1997).

Таково в общих чертах нынешнее, наиболее распространенное психоаналитическое представление о сути, генезе и психодинамике психосоматических расстройств. Далее начинаются связанные с ним проблемы и вопросы.

Как упоминалось в предшествующей главе, любое психосоматическое заболевание по своей природе многофакторно; в частности, его развитие обусловлено готовностью (предрасположенностью) к реагированию на стресс с помощью определенного органа или системы органов. Помимо этого, для каждой болезни существует ряд предпосылок и факторов риска: так, например, в возникновении язвы играет важную роль не только усиленная желудочная секреция, но и повышенное содержание пепсиногена в крови; инфаркту миокарда могут способствовать гипертония, ожирение, злоупотребление никотином и т. д. Разумеется, данные нюансы вносят дополнительные сложности в дифференциацию «психосоматических» и «исключительно соматических» (если таковые существуют) патологий, а также в исследование их этиологии и патогенеза. Критический словарь Райкрофта называет в качестве наиболее

подтвержденных психосоматозов язву желудка, бронхиальную астму и язвенный колит (Райкрофт, 1995). Однако медицине известно множество случаев, когда и эти заболевания возникали у лиц без выраженной эмоционально-психической предрасположенности к ним и без более или менее заметных «специфических» травм в личной истории.

«Эмоциональная предрасположенность» и «специфика» травмы – вопрос также проблематичный. Вышеприведенная схема патогенеза и развития расстройств мало что сообщает о личностных особенностях субъекта, предрасположенного к соматической переработке переживаний: например, она не позволяет понять, почему его психические защиты оказались «недостаточно развиты» или почему та или иная система органов была ослаблена и готова к патологической реакции. Понятие же «травмы потери объекта», как следует из вышесказанного, похоже, утратило прежнюю специфичность: оно стало трактоваться настолько широко, что под него теперь можно подвести фактически любое сильное переживание негативного характера. Существует ли все-таки *особый личностный тип*, склонный к соматическому реагированию, и *особая эмоциональная ситуация*, запускающая болезненные процессы? Или в действительности речь идет всего лишь, например, о конституциональной органической предрасположенности отвечать телесным сбоем на любой стресс?

С. Л. Шишкин, автор предисловия к русскому изданию «Психосоматической медицины» Александера, замечает, что Александер часто без веских оснований считал механизмы заболеваний уже хорошо понятными – в то время как на самом деле они и сейчас мало прояснены. Для каждой психосоматической гипотезы время от времени появляются подтверждающие ее клинические данные, однако окончательные выводы о ее доказанности всякий раз оказываются преждевременными. Томэ и Кехеле, комментируя существующее многообразие взглядов на «психосоматическую структуру», пишут: «Нет даже единого мнения относительно феноменологического уровня диагностики, которое вышло бы за рамки согласия отдельного исследователя с самим собой, не говоря уже о расхождении взглядов на реконструкцию причинной обусловленности» (Томэ, Кехеле, 1996, с. 651).

Не знаю, насколько удалось мне в рамках этой части книги обрисовать сложности, с которыми сталкивается любой специалист, пытающийся понять связи психического и телесного. Говорят ли душа и тело на принципиально разных языках, как полагал Фрейд, или на очень близких, как утверждал Вейцдекер? Правомерно ли распространять модель конверсии на соматические патологии, как это делал Феликс Дейч, или

в соме действуют совершенно иные, нежели при истерическом симптомообразовании, законы и процессы – согласно концепции Александера? Ни на один из этих вопросов пока нет окончательного ответа хотя бы потому, что психоанализ, в отличие от медицины, не стал эмпирической естественнонаучной дисциплиной, и усилия, направленные на их прямое соединение, во многом напоминают попытки «скрестить» его с рефлексологией Бехтерева и Павлова, которые предпринимались российскими психиатрами в двадцатые годы прошлого века. Но насколько такое соединение необходимо? Психоанализ ценен как герменевтическая или феноменологическая наука (феноменология – учение о явлениях в том виде, в каком они предстают нашим чувствам); добываемое им знание происходит из переживания и устремления к целостности, смыслу, пониманию, и он имеет дело не с измеримой вещественностью, но с индивидуальным душевным складом личности. Его задача – поиск подхода к психосоматическому больному не столько с естественнонаучных позиций, сколько с позиций жизненного смысла. Возможно, отрицание взгляда на телесность в данном ракурсе и заставило многих, как замечал Марти, рассматривать психосоматику как синоним застоя. Но он же подчеркивал, что на самом деле психосоматическая наука – это безостановочное исследование и движение вперед, иногда сопровождаемое новыми открытиями (Марти, 2005).

II. ЧЕЛОВЕК СОМАТИЧЕСКИЙ

Он обставил свой мир только рсалиями.
Вот ему и не на что опереться.

Станислав Ежи Лец

1. ЧТО ТАКОЕ ПСИХОСОМАТИЧЕСКАЯ ЛИЧНОСТЬ

Если попытаться ответить на данный вопрос предельно кратко и упрощенно, избегая нюансов и оставляя лишь самую суть, определение может быть следующим. Психосоматическая личность, или «человек соматический», – это субъект, у которого функции психики принимает на себя тело. Роль, которую в норме и у большинства людей играют душевные процессы, в данном случае оказывается узурпирована процессами соматическими: например, вместо сознательного переживания гнева происходит подъем кровяного давления.

Соматизация психического содержания – феномен, который в принципе может быть поставлен (и ставится порой) в ряд с такими процессами, как проекция и интроекция, сексуализация, расщепление, вытеснение, идеализация и другими, то есть с тем, что мы привыкли называть «защитными механизмами». Я не вполне уверен, что термин «защита» используется по отношению к этим ментальным явлениям корректно (напомню, что он был введен в психоаналитический обиход Фрейдом, нередко применявшим военные понятия и аналогии для объяснения происходящего в бессознательном): на мой взгляд, во многих случаях, по крайней мере применительно к так называемым «примитивным защитам», уместнее было бы говорить о них как о механизмах адаптации или как о наиболее доступных способах восприятия реальности и взаимодействия с нею. Неясно, справедливо ли, как это делают многие авторы, рассматривать и соматизацию как защиту: более детально этот вопрос мы обсудим ниже. Но, как бы мы ни называли эти процессы, известно, что доминанта того или иного из них в отношениях субъекта с реальностью определяет его личностный тип: вытеснение и сексуализация – истерический, интроекция – депрессивный, и так далее. Если соматизация действительно может быть включена в их ряд, у нас есть

веские основания говорить о существовании особого психосоматического адаптивного стиля или личностного типа с довольно узнаваемыми характеристиками.

Из этого допущения следует важный, на мой взгляд, тезис, который превентивно может объяснить отсутствие прямых корреляций между психосоматической личностью и психосоматической болезнью. Возможно, данный тип субъекта и телесное заболевание соотносены между собой так же, как шизоидная личность и шизофрения, депрессивная личность и клиническая депрессия, истерическая (театральная) личность и истерия как болезнь, то есть второе не вытекает из первого с необходимостью. Все, что можно сказать о них более или менее уверенно, – то, что человек, относящийся преимущественно к психосоматическому типу, вероятно, при прочих равных условиях имеет больше шансов стать носителем психосоматоза, чем тот, в котором эта часть личности имеет подчиненное значение. «Преимущественно» – потому что лишь в редчайших случаях субъект являет собой чистый образец того или иного личностного типа: в подавляющем большинстве людей сбалансированы нарциссические, депрессивные, шизоидные и другие черты, и вопрос лишь в том, какие из них являются доминирующими, а какие – подчиненными. То же относится и к «человеку соматическому»: относительно редко он заполняет личность тотально, как газообразная субстанция – весь предоставленный ей объем, но как часть или частичка, по-видимому, присутствует в каждом из нас.

Подчеркнем поэтому еще раз, что соматические расстройства – функциональные синдромы и психосоматозы – в контексте данной темы не интересуют нас сами по себе. Они – всего лишь предельное, доведенное до экзистенциального абсурда проявление жизненного стиля индивида. Я касаюсь этих заболеваний только потому, что они, как правило, часто и быстро попадают в фокус внимания, и затем исследование может переключиться с них на глубинные особенности их носителя. Даже типичная по всем признакам психосоматическая личность, как я уже говорил, может ничем не болеть физически – например, не имея соматической предрасположенности в виде ослабленной системы органов или умело избегая стрессовых ситуаций. С другой стороны, можно не выглядеть психосоматической личностью и все же страдать нейродермитом или язвой двенадцатиперстной кишки.

Я полагаю, что последний факт имеет рациональное объяснение, если исходить из сказанного выше. Будем исходить из допущения, что «человек соматический» есть инстанция, являющаяся частью личности любого субъекта: в ком-то почти незаметная, в отдельных случаях – пре-

обладающая и формирующая узнаваемый характерологический тип. В определенных жизненных ситуациях в каждом из нас черты данного типа могут выступить на первый план, а затем вновь стать практически неосязаемыми. Дело в том, что тот особый опыт ранних детско-материнских коммуникаций, который отвечает за формирование тенденции трансформации психического в телесное, как я предполагаю, присутствует в личной истории каждого человека. У кого-то он заполнял все или почти все коммуникативное пространство, у большинства из нас был (я надеюсь) эпизодическим и мимолетным – но и в этом втором случае не проходил бесследно, формируя «человека соматического», затаившегося в личности, возможно, с совершенно иным манифестным стилем адаптации. Точно так же депрессивное состояние может иногда всецело подчинять себе жизнь субъекта, но чаще оно все же мимолетно проявляется у не-депрессивного по определению индивида, например, как реакция на жизненную неудачу. Разница здесь лишь в том, что телесные изменения иногда, к сожалению, менее обратимы. После столь длительного (но необходимого, на мой взгляд) предисловия я наконец перейду к вопросу о том, что же представляет собой «психосоматическая личность».

Как уже упоминалось, речь идет о человеке, чье психическое функционирование обеднено, и его дефицит компенсируется функционированием телесным и поведенческим. Расхождение между психоанализом и психосоматической медициной, о котором я писал в первой главе первой части книги, вытекает, по словам Алена Жибо, из самого факта существования пациентов, в мире которых отсутствует вытеснение и конфликт – что нередко ставит в тупик ортодоксальных психоаналитиков, привыкших мыслить и исследовать в рамках традиционной модели неврозов: например, отсутствие объектных репрезентаций объяснять вытеснением. Мишель Фэн также утверждал, что соматические расстройства обыкновенно возникают у лиц, проблема которых заключается в том, что их психика *не работает в полной мере* (Фэн, 2005).

В предисловии к книге я изложил довольно давно сформировавшееся у меня представление о теоретически существующем диапазоне индивидов от «абсолютно психического» до «абсолютно телесного» – по аналогии с предложенной Фрейдом шкалой состояний Я («Анализ конечный и бесконечный»). В определенном смысле оно созвучно концепции Фэна, согласно которой между патологией, проявляющейся исключительно как психическое расстройство, и соматической дезорганизацией существует целый ряд психосоматических расстройств различной степени тяжести. С точки зрения Фэна, их возникновение есть результат своеобразной формы регрессии, отличной от той, что наблю-

дается при психических нарушениях. Разница состоит в том, что за соматическое расстройство Я субъекта не несет ответственности и, более того, именно благодаря ему остается организованным. Я восстанавливается в результате фиксации на своего рода «лестничной площадке», созданной с помощью соматоза (Фэн, 2005). Чтобы описать это «восстановленное Я», попробуем обобщить то, что нам известно о личностях пациентов, страдающих разными психосоматическими заболеваниями.

По многочисленным данным, лица, страдающие язвенным колитом, обладают ярко выраженными анальными чертами – точностью, аккуратностью, пунктуальностью; в то же время в качестве их устойчивой характеристики отмечается эмоциональная бедность, неспособность к восприятию и вербализации чувств и конфликтов. Часть специалистов описывает этих больных как наделенных инфантильными чертами и нарциссическими структурами, другие же подчеркивают, что не обнаружили у своих пациентов серьезных личностных расстройств (Бройтигам, Кристиан, Рад, 1999).

Любан-Плоцца с соавторами, ссылаясь на Овербэка и Библа, приводят типологию лиц, страдающих язвой, в которой выделяется так называемый «психосоматический» язвенный больной. Он описывается как невыразительная личность с бедной фантазией, механистичная и ригидная, создающая чувство пустоты отношений. Окружающих людей такой человек способен воспринимать лишь как идентичных себе. Соматические реакции обыкновенно возникают у него при специфических нагрузках и кризисах, часто в связи с потерей объекта (Любан-Плоцца, Пельдингер, Крегер, 1996). Н. И. Косенков сообщает результаты исследований больных язвенной болезнью и гастритом с помощью тестов Люшера, Леонгарда-Шмишека и др.: среди них доминирует застревающий (параноидный) тип личности, для которого характерна напряженность, настороженность, эмоциональная неустойчивость, склонность к навязчивым мыслям и действиям. Как правило, они ригидны, упрямы, педантичны, неспособны к перемене мнений, отношений, установок, то есть к принятию требований реальности. Склонность к ригидному поведению наиболее отчетливо проявляется у них в стрессовых ситуациях. Основным патогенным фактором, особенно при язвенной болезни, служит тревога, причем в периоды обострений она снижается, во время ремиссий – усиливается (Косенков, 1998). Ю. В. Филиппова также отмечает у язвенных пациентов высокие показатели диффузной тревожности и столь же высокую сензитивность, добавляя, что другие их личностные особенности выражены в целом неявно (Филиппова, 1998).

В качестве наиболее репрезентативной личностной черты, наблюдаемой у больных бронхиальной астмой, Грейс и Грэхем называют отсутствие проявлений чувств и эмоционально насыщенных отношений (Grace, Graham, 1952). Экспериментальное исследование, выполненное И. С. Полянской, показывает, что ведущей психологической характеристикой астматиков является повышенный самоконтроль: большая часть их психической активности направлена на подавление эмоций. Самоконтроль становится центральным способом существования и реагирования субъекта, то есть доминирующей функцией Я. Ее эффективность демонстрируется через превращение определенных аффектов в черты характера: дистимность, застревание и т. д. Ситуации, провоцирующие заболевание, обыкновенно связаны с требованием выражения враждебных или любовных чувств (Полянская, 2008). Показательно, что астматический приступ делается ответом не только на объективное раздражение, но и на символическое значение, заключенное в ситуации раздражения, то есть биологическая функция аллергена оказывается дополнена субъективным элементом. Бройтигам с соавторами сообщают, что еще в 1886 году был известен случай пациентки с аллергией на розы, у которой сенная лихорадка возникала и при виде роз искусственных: подмена аллергена происходила в сфере представлений (Бройтигам, Кристиан, Рад, 1999).

Фландерс Данбар в 1943 году описывала клинический профиль «людей, склонных к несчастьям»: он наблюдался у восьмидесяти процентов индивидов, переживших в жизни повторные несчастные случаи, и включал такие черты, как импульсивность, спонтанность, неупорядоченность. Диаметральной противоположностью им, согласно Данбар, является профиль личности, склонной к инфаркту миокарда: обыкновенно это люди выдержанные, последовательные, аккуратные, хорошо владеющие собой (Dunbar, 1943). Человек, склонный к инфаркту, редко является эмоционально лабильным или неуверенным в себе. Его поведение описывается большинством авторов как сверхадаптированное к миру работы и достижений успеха – при одновременной ригидности и наличии obsessивных тенденций. Согласно определению Пезешкиана, тело такого субъекта пребывает на службе концепции достижения. Фирма, в которой он работает, или партия, в которой он состоит, для него тождественна сфере межличностных отношений как таковых; контакты с людьми значимы, если они важны для его профессионального роста или социального признания. Жизненный успех для этого человека равносителен реализации надежд, когда-то возлагавшихся на ребенка родителями (Пезешкиан, 1996).

Субъекта, страдающего гипертиреозом (тиреотоксикозом), характеризует обычно неуверенность в себе, выраженное чувство ответственности, склонность к постоянному контролю внешних эмоциональных проявлений. Любая ситуация, ассоциирующаяся для него с угрозой безопасности и стабильности, способна спровоцировать гиперфункцию щитовидной железы (Brown, Gildea, 1937).

Больные булимией часто производят впечатление людей сильных, независимых, целеустремленных. При этом в их самооценке присутствует чувство внутренней пустоты и бессмысленности бытия, в настроении преобладает депрессивный фон, отмечаются шаблоны мышления и поведения, ведущие к переживанию беспомощности, стыда, вины (Любан-Плоцца, Пельдингер, Креггер, 1996). Для пациентов с нервной анорексией типична замкнутость, стремление к изоляции, страх потери контроля над телом (весом), глубокие нарушения схемы тела в виде искаженного самовосприятия (яркий пример тому – случай женщины с анорексией, обратившейся ко мне за консультацией в глубоком убеждении, что на самом деле она страдает булимией и ожирением). Анорексия часто сопровождается дисморфофобией – субъективным ощущением уродства некоей части тела. Фобические идеи и убеждения привязываются к этой части, придавая ей особую анэстетическую или коммуникативную функцию; наиболее часто фиксации происходят на чертах лица и на первичных либо вторичных половых признаках (Strian, 1983).

Данный перечень может быть продолжен. Если попытаться найти некий основной «общий знаменатель» для приведенных личностных характеристик, в принципе довольно разнообразных и нередко противоречивых, ответ будет следующим: *психосоматическая личность – это человек, лишенный контакта с собственным внутренним миром*. Он занят проблемой скорее адаптации к реальности, чем достижения гармонии между реальностью внутренней и внешней. Его внутренний мир в субъективном восприятии представлен лишь собственным телом в совокупности органов. Вся или почти вся его психическая активность направлена на поиск согласия с миром внешних объектов, среди которых парадоксальным образом оказывается то же самое тело – тело, переживаемое как внешнее по отношению к Я. Как отмечают многие авторы, для психосоматических больных характерно строгое отслеживание функций тела и его изменений, выражающееся в диапазоне переживаний от ипохондрических реакций до маниакального обесценивания. Л. М. Щеглов называет шесть разновидностей эмоциональных откликов этих пациентов на соматическое заболевание: тревожно-депрессивный, дистимический, фобический, ипохондрический, истероидный с подчеркнутой демонстрацией болезни

и тенденцией к извлечению вторичной выгоды, эйфорически-анозогнозический (отрицание и девальвация болезни, частые, например, для случаев инфаркта и анорексии) (Щеглов, 1993). Опишем далее внешний портрет психосоматического субъекта (*homo somaticus*), не забывая при этом все то, о чем шла речь в начале главы.

Его значимой личностной чертой (объединяющей большинство вышеописанных больных) служит дефицит функционирования эмоциональной сферы, который проявляет себя как эмоциональное омертвление, упрощенность аффективной жизни, застревание аффекта и т. д. Психосоматическая личность мало способна к эмоциональному резонансу, выражению собственных переживаний и пониманию чувств других людей, также – к фантазированию и свободному рассказу о себе, равно как и о значимых лицах («Мой отец? Он доктор наук, заведует отделом, хороший профессионал. Что еще я могу о нем рассказать?»). Она склонна идентифицироваться с принятыми в обществе социальными нормами, создавая иллюзию простоты бытия: «А что мои дети? Они для меня самые дорогие существа, вот и все»; «Что я к ним испытываю? Конечно, любовь, ведь я же их мать», – причем эти слова, произносимые «математическим тоном», не создают у того, кто их слышит, никакого представления о том, что за ними в действительности стоит. Такие пациенты обыкновенно предпочитают говорить не о себе, а о внешнем мире и реальных событиях; при этом они плохо понимают язык символов и метафор, требуя рациональных объяснений, конкретных вопросов и ответов. Если, вспоминая эпизод детства, пациентка говорит: «У моей куклы оторвалась нога», – эта фраза означает только то, что от корпуса куклы отделилась целлулоидная деталь, изображавшая ногу: данное сообщение не содержит боли, символики и ассоциаций, и собеседнику остается лишь удивиться, сколь безэмоционально оно прозвучало.

Еще один аспект функционирования психосоматической личности проявляется, согласно моему наблюдению, следующим образом. Эти пациенты довольно быстро создают у собеседника ощущение, что в их индивидуальном пространстве отсутствует феномен перехода – область между Внутренним и Внешним. Для каждого человека существует сфера вопросов, ответы на которые он твердо знает, и вопросов, ответы на которые ему неизвестны; однако у подавляющего большинства людей между этими двумя областями расположена своего рода переходная зона – область предположений, догадок, фантазий. У «человека соматического» между «знаю» и «не знаю» пролегает более или менее четкая граница. В их мире нет рассветов и сумерек: там либо яркий свет, либо крошечная тьма. Когда они испытывают тревогу или страх перед бу-

дущими событиями, будь то рождение ребенка, сдача трудного экзамена или публичное выступление, бессмысленно просить их рассказать о том, что именно их пугает: это не может быть вообразено, поскольку воображение немедленно превратит фантазию в невыносимую реальность. Поэтому вопросы, не предполагающие четкого знания ответа, часто вызывают у них ощущение растерянности или побуждают сказать «не знаю», даже не задумавшись («Как вы думаете, почему ваш брат так относился к вам?» – «Это уж у него надо спросить»). Соответственно они испытывают серьезные трудности в понимании чувств, намерений, поступков окружающих. Однажды моя пациентка рассказала о драматичном конфликте с коллегой, после чего я попросил ее мысленно поменяться ролями с этой женщиной и попробовать описать случившееся так, как описала бы она. Пациентка посмотрела на меня, словно не понимая, чего от нее хотят, и, махнув рукой, произнесла буквально следующее: «Да она об этом не парится». В данной реплике ярко выразилась невозможность понять другого человека в ситуации, когда его нельзя представить идентичным себе.

Для завершения портрета психосоматического субъекта добавим, что эти пациенты чаще всего немногословны и обладают ограниченным словарным запасом: последнее проявляется в том, что в их лексиконе редко встречаются слова-синонимы. Так, говоря о своей телесной проблеме и используя в ее описании, например, слово «симптом» («Мой симптом впервые дал о себе знать восемь лет назад»), такой пациент станет весьма редко заменять его другими и сообщать о «своей болезни», «нейродермите», «недуге» и т. д. Их речь предельно ясна, не содержит намеков или двусмысленностей и как будто заранее отрететирована в форме, исключающей любую возможность того, что их в чем-то не поймут или поймут превратно. В целом они довольно быстро создают у собеседника впечатление, что их функционирование в значительной степени механистично (они могут напоминать хорошо запрограммированных роботов), и что их проблемой является не внутренний конфликт или боль, а недостаток чего-то крайне значимого – но недостаток, который ими самими опять-таки не переживается болезненно. Так человек, слепой от рождения, испытывает от этого не большее страдание, нежели зрячий – от своей неспособности воспринимать ультрафиолетовую и инфракрасную часть спектра. Куттер сравнивает психосоматическую личность с Пиноккио – итальянским прототипом нашего Буратино, характеризуя ее облик как «деревянный» (Куттер, 1997).

Как замечает Фэн, у этих пациентов могут наблюдаться черты, рождающие сперва чувство, что они аффективно насыщены, активны, талантливы и т. д. Однако при этом они быстро обнаруживают признаки

потери интереса к жизни и ощущения ее неполноты. После слов «Вот, пожалуй, и все», завершающих рассказ о себе, пациент переживает тяжелое чувство конца, и его активность восстанавливается лишь за счет того, что рядом с ним реально присутствует доброжелательный и внимательный собеседник (Фэн, 2005).

То, что Фэн назвал «восстановлением Я», проявляется у психосоматического субъекта, в частности, в том, что в отличие от большинства невротиков они обыкновенно весьма хорошо адаптированы в социуме и в реальности вообще. Они имеют, как правило, более или менее высокий социальный статус, достигают высоких уровней социальной интеграции, значительных успехов в профессиональной сфере, и могут десятилетиями имитировать состояние полной удовлетворенности и пребывать в ощущении отсутствия каких-либо проблем. Если они физически заболевают, язык органов и телесная боль становятся для них, по выражению Вейцдекера, «будильником в их ненарушенном мире» (цит. по: Любан-Плоцца, Пельдингер, Крегер, 1996, с. 31).

Психосоматическая личность обнаруживает довольно много черт, сближающих ее с личностью обсессивно-компульсивного типа в описании Нэнси Мак-Вильямс (Мак-Вильямс, 1998). Обсессивно-компульсивный субъект характеризуется этим автором (со ссылкой на Зальцман) как методичный, пунктуальный, ригидный, отличающийся любовью к правилам и дисциплине. Это люди, как правило, высоких стандартов и этических ценностей, щепетильные в отношении моральных требований и т. д. Их адаптивный стиль во многом определяется когнитивными защитами в виде мыслительных процессов наряду с такими механизмами, как изоляция, уничтожение сделанного, рационализация; «думание и делание» служит для них движущим психологическим мотивом. Все это вместе взятое оказывается в резкой диспропорции со способностью чувствовать, интуитивно понимать, играть, мечтать, получать удовольствие от предметов искусства – то есть, говоря языком Винникотта, функционировать в сфере иллюзий. Чувства обесцениваются ими: даже любовные привязанности не выражаются открыто, поскольку этому выражению препятствует тревога и стыд, и эмоциональные связи превращаются в когнитивные. Однако есть основания предполагать, что сходство функционирования психосоматической и обсессивно-компульсивной личности – все же внешнее, то есть не основанное на глубинном психодинамическом сходстве. Если для обсессивно-компульсивного типа названные характеристики оказываются следствием определенного стиля психической активности, то субъект с психосоматической структурой скорее может быть описан как «психически пассивный». Позволю

себе чисто техническую аналогию: если обсессивно-компульсивный пациент в каких-то аспектах может быть сравнен с автомобилем, не способным сдвинуться с места из-за того, что он не снят с ручного тормоза, то «человек соматический» скорее похож на автомобиль, в который не установлен двигатель. Еще раз подчеркну, что специфика такой личности едва ли может быть адекватно описана в терминах теории конфликта: она отражает скорее пустоту и дефицит.

Глубинные личностные особенности субъекта, предрасположенного к соматизации конфликтов и травм, описываются большинством авторов следующим образом: прежде всего отмечается слабость Я в основных функциях при жестком и архаичном Сверх-Я. В качестве его основных характеристик называется нарушение базового доверия, сниженная толерантность к фрустрациям, крайне высокая потребность в зависимости, «эмоциональная глухота» и недостаток интроспекции; душевная пустота как следствие доминирования «механистичных» мыслительных процессов; низкая способность к психической переработке из-за недостаточной внутренней соотнесенности сознания с бессознательными фантазиями. Типично компенсаторное выражение телесных ощущений и ипохондрических деталей, а также орально-нарциссические нарушения с подчеркнутой склонностью к переживаниям потери объекта. Защитное поведение организуется вокруг паттернов жалобно-обвиняющих действий, включающих интенсивное требование зависимости с целью нового овладения объектом и компенсации нарциссической травмы (Бройтигам, Кристиан, Рад, 1999; Косенков, 1998; Куттер, 1997; Любан-Плоцца, Пельдингер, Креггер, 1996; Марти, М'Юзан, 2000; Томэ, Кехеле, 1996; Alexander, 1939; Engell, Schmale, 1967; Garma, 1953; Selinsky, 1939; Sifneos, 1977 и другие). Теперь чуть более детально рассмотрим те свойства и аспекты функционирования психосоматической личности, которые мой опыт работы с такими пациентами позволяет рассматривать как особо значимые.

2. АЛЕКСИТИМИЯ

Повторим еще раз, что алекситимия – отсутствие языка для выражения чувств – рассматривается многими аналитиками как важный аспект психосоматической структуры личности. Этот феномен едва ли корректно описывать как причину или следствие соматических патологий: скорее справедливо будет сказать, что он имеет общие с ними корни. Добавим, что, как показывает обзор литературы, разные исследователи склонны понимать данный термин по-разному: одни – как обозначающий отсутствие эмоций или «эмоциональную глухоту», другие – всего лишь как неспособность к вербализации переживаний из-за отсутствия необходимых языковых средств. Известные разногласия существуют также в ответе на вопрос: можно ли говорить об алекситимии как устойчивой личностной характеристике определенных индивидов, или она по сути своей ситуативна и представляет не более чем артефакт, наблюдаемый в неких специфических отношениях и обстоятельствах.

Еще Аристотель в трактате «О душе» утверждал, что чувства объединяют душевное и телесное. Выше мы говорили о том, что, как и влечения в понимании Фрейда, эмоции соединяют в себе соматические и психические компоненты. Поэтому и отсутствие либо недостаточность эмоционального функционирования, и невозможность подчинить эмоции языку могут быть в определенном смысле рассмотрены как следствие разрыва между психическим и телесным. В данном ракурсе Марти рассматривал психосоматозы как заболевания, в которых наиболее ярко выражается предрасположенность индивида к соматическим способам выхода из конфликтных ситуаций.

Напомню, что предтечей исследований феномена алекситимии стала концепция операторного мышления, разработанная специалистами парижской психосоматической школы. Рассмотрим их взгляды более подробно (Марти, М'Юзан, 2000). С точки зрения Марти и М'Юзана,

от соматических расстройств организм защищают «грезы» – фантазии, сновидения и другие продукты психической активности, которые связывают силы, создающие риск соматозов. Психосоматические заболевания возникают у лиц, которые не способны «грезить» в степени, достаточной для того, чтобы этим силам препятствовать. В разработку данной темы внесли значительный вклад также Фэн и Дэвид (доклад 1963 года «Функциональные аспекты грез»).

Дефицит «грез» сопровождается обыкновенно оригинальной формой мышления и вместе с тем объектных отношений, которая, согласно утверждению Марти, сама может быть рассмотрена как симптом – операторным мышлением. Сознательная мысль в нем проявляется безо всякой связи с фантазийной активностью и лишь дублирует действие или служит его признаком: слово играет ту же роль, что рука во время работы. Данный способ мышления непосредственно связан с сенсорно-двигательной функцией. Образ мысли не выходит за рамки материальных фактов: это выглядит так, словно человек увяз в реальности, однако при этом скорее пассивно выдерживает ее, чем переживает. Так, рассказывая о событиях вчерашнего дня, он сообщает: «Вчера после работы я отправился домой, чтобы успеть к футбольному матчу. По дороге я думал, что купить к ужину. Я зашел в универсам неподалеку от своего дома, где купил багет, сыр, бутылку сухого вина. Затем я вспомнил, что мне необходимо заглянуть в банк...», и так далее. Как пишут о таких пациентах Марти и М'Юзан: «Если он решит устремиться в будущее или вернуться в прошлое, то трансформирует их в куски настоящего, в которых все будет определяться последовательностью фактов» (Марти, М'Юзан, 2000, с. 330).

Данная форма мышления, как и другие личностные особенности, о которых мы говорим, не может быть приписана исключительно психосоматическому индивиду: как отмечалось выше, многие психосоматические больные обходятся без ее признаков, в то время как нередко она сопутствует и неврозам характера, и некоторым психозам. Мы лишь можем определить ее как типичную для «человека соматического», условившись, что данное понятие не тождественно понятию «человека больного». Очевидно, что она мало приспособлена, например, для художественного или научного творчества: она только создает отношения с реальностью, и не более того. Она может быть уподоблена мышлению рабочего у быстро движущегося конвейера, задача которого состоит в том, чтобы заворачивать определенные гайки на каждом проплывающем мимо изделии и не отвлекаться ни на что постороннее. Свои проблемы пациент не столько описывает, сколько перечисляет; сообщает о них как о вещах,

не имеющих значения и не связанных между собой. Его оценка событий и явлений существует в виде готовой шкалы оценок на все случаи жизни. Аналитик во взаимодействии такого рода выглядит скорее функцией, чем живым собеседником: пациент просто перекладывает на него симптомы и ждет. Сам же он в это время физически присутствует в кабинете, но остается лишь материальным фактом – как и все то, о чем он ведет речь.

Марти и М'Юзан добавляют, что эти пациенты, как правило, не видят снов или ничего не могут о них сказать; если же все-таки сообщают нечто, то рассказ их является лишь изложением действий, связанных с актуальной реальностью. При этом характерны либо отсутствие, либо крайняя бедность ассоциаций к сюжетам и образам сновидений.

Типичным примером может служить следующий фрагмент из моей практики: однажды пациентка рассказала сон, в котором она ехала в автомобиле по дороге с огромными рытвинами и ухабами, но не ощущала ни малейшей тряски. Когда я спросил, о чем, по ее мнению, подобный сон может говорить, она ответила, не задумавшись ни на секунду: «У автомобиля хорошие рессоры».

Они также часто испытывают бессонницу, вызываемую, с точки зрения французских авторов, дефицитом «грез»; при этом в бессонные периоды у них преобладают фантазии аналогичного операторного типа, составленные из актуальных и утилитарных представлений.

В качестве источника операторного мышления Марти и М'Юзан называют схематичное, ригидное и лишенное целостности Сверх-Я. Эта инстанция ответственна за образование своего рода конформистских тенденций, когда человек способен лишь к поверхностным идентификациям с правилами и стандартами других людей (вспомним: «Конечно, люблю, ведь я же его мать»). Прочие идентификации делают объект идентичным субъекту вплоть до ментального стиля. Способность воспринимать другого человека лишь как тождественного себе упомянутые авторы рассматривают как результат глобальной проекции, однако Фэн склонен видеть в этом отождествлении скорее следы архаического отсутствия различий между матерью и младенцем (Фэн, 2005).

Марти описывает операторное мышление как принадлежащее области вторичных психических процессов – с той оговоркой, что его активность связана не с продукцией воображения, а исключительно с предметным миром. Речь при этом служит всего лишь средством быстрой разрядки напряжения из-за отсутствия возможности поддерживать ее в «промежуточном состоянии» – как при энергетическом катексисе, обыкновенно свойственном вторичным процессам. Несмотря на то, что операторное мышление может создавать впечатление блокады первич-

ных процессов как таковых, оно не оторвано от бессознательного и общается с ним на уровне первых интеграционных разработок жизни влечений. Оно прерывает фантазийную активность для соединения с первичными формами влечений, которые могут возвращаться и приводить к психосоматическим расстройствам (Марти, М'Юзан, 2000).

Концепция алекситимии, разработанная исследователями из Массачусетского госпиталя – Сифнеосом и Нимэй (Nemiah) – расширила сложившиеся в шестидесятые годы двадцатого века представления о ментальном стиле психосоматиков. Алекситимия как «наследница операторного мышления» стала рассматриваться в качестве важнейшей характеристики психосоматической личностной структуры. Согласно многочисленным источникам, в наше время аналитики выделяют четыре типичных признака алекситимии с разной степенью выраженности в каждом конкретном случае:

1. Жесткое ограничение фантазийных способностей, в частности – способности пользоваться символами, ведущее к преобладанию операторного или «механического», предельно конкретного мышления. Данное мышление:
 - а – связано с текущим моментом;
 - б – ориентировано на реальные вещи;
 - в – не затрагивает мира внутренних объектов;
 - г – лишено колоритности;
 - д – утомляет собеседника, часто производя впечатление признака элементарной тупости.
2. Неспособность к выражению чувств, к установлению их связей с вербальными и жестовыми символами. Эмоции либо отсутствуют как таковые, либо неструктурированы и не поддаются вербализации. Часто в ответ на вопрос о чувствах, пережитых в той или иной ситуации, человек сообщает о телесных ощущениях («У меня будто твердый ком в груди появился»), или оперирует общепринятыми шаблонами и терминами («Конечно, это вызвало во мне крайний негативизм»).
3. Высокая приспособленность к внешним, реальным отношениям – товарищеским, семейным, коллегиальным, – которые тем не менее остаются пустыми и поверхностными и подразумевают лишь конкретное, «предметное» использование объекта.
4. Тотальная идентификация с объектом, предположительно связанная с задержкой развития на симбиотическом уровне и недостатком дифференциации и влекущая за собой неспособность к истинным объектным отношениям, в частности, к развитию целостного объектного переноса в терапии. Пациент способен к существованию и самовосприятию лишь благодаря наличию другого человека, в связи с чем потеря объекта оказывается невыносимой ситуацией, провоцирующей начало либо обострение болезни.

Обзор, проведенный И. С. Полянской, показывает, что алекситимические черты могут быть объединены в несколько групп. Так, можно выделить в рамках феномена алекситимии расстройства аффективных функций, когнитивных функций, репрезентаций Я и объекта. Нарушения когнитивной сферы могут проявляться в «стерильности» и «монотонности» идей, привязанности мышления к тривиальным деталям повседневной жизни, недостатке творческих способностей, отсутствии мыслей, касающихся внутренних установок, чувств, желаний. Особое внимание здесь может быть уделено ограничениям в использовании символов. Если конверсионный симптом есть символическое выражение защиты Я, то симптом психосоматический отражает как раз нарушение способности к символизации. «Злокачественный объект» не обозначается, а выражается непосредственно в виде симптома, поскольку отграничение от объекта (дифференциация) не удалось уже на уровне «телесного Я». Согласно предположению Полянской, именно нарушения на стадии развития языка и символизации потенциально ведут к укоренению операторной формы мышления и соматического способа реагирования (Полянская, 2008).

Уже из сказанного до сих пор видно, какие сложности могут ожидать собеседника алекситимичного субъекта даже в обычной повседневной коммуникации – не говоря о психотерапевте, задачей которого является установление контакта с внутренним миром человека, исследование его фантазий, страхов, обид и других переживаний. Большие препятствия на этом пути создает «синдром дефицита фантазий», объективно выявляемый у многих психосоматических пациентов при проективных исследованиях, например, с помощью теста Роршаха, и отличающий их от большинства невротических субъектов. Оговорюсь, однако, что нередко эти пациенты создают впечатление не столько отсутствия внутреннего фантазийного мира, сколько защитной изолированности от него. Так, один из моих анализандов, выражая тревогу перед предстоящим публичным выступлением, оказался неспособен ответить на вопрос: как ему представляется наиболее пугающий вариант развития событий. Он повторял лишь, что это невозможно вообразить. Используя понятийный аппарат Винникотта, можно сказать, что фантазия, лишённая подстраховки продуктами области иллюзий (непосредственного опыта), будучи допущена до осознания, грозила магически превратиться в невыносимую реальность.

Еще одна трудность, испытываемая терапевтом в понимании алекситимичного пациента, состоит в том, что последний не столько говорит о себе, сколько «ведет себя», оставляя другому почти бесконечный простор для «высасывания из пальца» догадок и интерпретаций. Он

оперирует телесными формулировками, проявляет себя соматической ажитацией, языком органического симптомообразования, лишённого символики – то есть предоставляет аналитику решать уравнение со слишком многими неизвестными. В состоянии напряжения или стресса он использует меньше способов самоуспокоения, чем большинство людей, отдавая предпочтение реальной физической активности, действию. Соответственно альтернативным способом реагирования для него может стать телесная болезнь, которая ведь также по сути служит аналогом действия. Так, повышение давления при гипертонии есть акт приведения организма в состояние «повышенной готовности» при хронически подавляемой агрессии: Пезешкиан описывал гипертонического больного как хищника, который мечется по клетке в поисках возможности напасть или бежать (Пезешкиан, 1996); хронический кашель часто имеет в своей основе гнев, не облакаемый в слова, и является средством невербального выражения чуждых или опасных побуждений (Любан-Плюцца, Пельдингер, Крегер, 1996), и т. д.

Представляется принципиальным вопрос, на который вряд ли существует на сей день однозначный ответ: имеем ли мы дело с субъектом, чей внутренний мир – мир психических защит, сновидений, фантазий, интроектов – действительно настолько беден, что порой может создаваться впечатление тотального внутреннего вакуума такой личности, или речь идет только о трудности установления контакта с этим миром, изоляции его от сознания? На эту тему можно строить догадки. Как я уже упоминал, мой опыт взаимодействия с подобными пациентами позволяет мне склониться скорее ко второй версии. Аргументом в пользу столь оптимистичного взгляда может служить хотя бы тот факт, что сновидения моих алекситимичных пациентов обычно были не менее колоритны и насыщены образами и символикой, чем сны невротиков (в этом мои наблюдения расходятся с тем, что утверждали аналитики парижской школы). Другое дело, что эти пациенты и впрямь испытывали особые трудности в понимании их глубинного смысла и даже в подборе ассоциаций к ним (вспомним о «хороших рессорах»). Мне также кажется, что фантазии их скорее невыносимы, чем отсутствуют – к примеру анализанда с тревогой перед выступлением можно добавить слова еще одной моей пациентки: «Если я стану представлять, каковы вы в обычной жизни, я просто потеряюсь в этом». Впрочем, возможно, в некоторых случаях данная моя позиция лишь позволяет принять желаемое за действительное: ясно, что терапия имеет более благоприятный прогноз, если ее задача – помочь человеку установить связь с неким своим психическим содержанием, и менее благоприятный – если вместо данного содержания обнаруживается пустота.

Задумываясь над этим вопросом, трудно не вспомнить об особой категории пациентов, описанных Джойс Мак-Дугалл как «анти-анализанды» или «анализанды-роботы»: по крайней мере, проблемы, возникающие у аналитика в работе с ними, весьма напоминают те, что сопутствуют терапии алекситимичного субъекта. Антианализандами Мак-Дугалл называет пациентов, которые вроде бы полностью принимают аналитические условия и ситуацию, выполняют все предписанные правила, говорят много и ясно, однако при этом их анализы стоят на месте. Они не обнаруживают в переносе переживаний, их детские воспоминания статичны и лишены аффекта. Речь на сессиях идет об актуальных событиях, нет ни тревоги, ни депрессии, и, по словам автора, «аналитическая ситуация так и не переходит в аналитический процесс» (Мак-Дугалл, 2000, с. 456).

Эти пациенты обыкновенно хотят пройти анализ по внешне понятным причинам, но вскоре становится ясно, что собственные проблемы не вызывают у них практически никакого любопытства. Они не замечают фрустраций или говорят о них безэмоционально и рационализированно, не отрываются от реальности, не склонны к отыгрыванию. Они действуют подобно автоматам и пользуются языком, состоящим из набора клише и когда-то усвоенных общих понятий, языком грамматически безупречным, невыразительным и лишенным метафор. Воображение их обеднено. Они не сообщают ничего странного или непонятного, однако в их материале нет второго плана, скрытого смысла: он привязан к настоящему и состоит из фактов. У антианализанда не обнаруживается ни связи прошлого с настоящим, ни взаимного проникновения мира сновидений и мира сознания, отчего интуитивное понимание его становится невозможным. Он демонстрирует как бы двойную блокаду на уровне мышления и на уровне аффективности: редкие эмоции, касающиеся его интимной жизни и отношений, выражаются в жалобах и иногда в выплесках агрессии. Он согласен со всеми предписаниями аналитической ситуации, но при этом у него как будто отсутствует первичная потребность в отношениях, и у аналитика быстро складывается впечатление, что для пациента он представляет скорее некое условие, нежели объект.

Термин «антианализанд» Мак-Дугалл предлагает по аналогии с понятием «антиматерии», подчеркивая с его помощью то, что проявляется лишь в отрицательной форме. По ее словам, эти пациенты осуществляют «антианализ». Аналитик в работе с ними сталкивается с мощной силой, препятствующей функции связи – фактору, который придает аналитическому процессу характер «изменяющего опыта» (выражение Джеймса Стрэйчи). Данная статическая сила – «антисвязь» – подчерки-

вает все то, что расщеплено или уничтожено. Незаметная деятельность пациента представляет собой разновидность «нападений на связи», описанных Уилфредом Байоном – разрушений коммуникативных функций, осуществляемых материнской грудью как наиболее ранним объектом (Байон, 2000). Мак-Дугалл признает, что способ ментального функционирования таких личностей во многом напоминает операторный стиль мышления, описанный аналитиками парижской школы, и что подобные пациенты похожи на типичных психосоматических больных, в частности, тем, что они обладают сходным ассортиментом психических защит. В то же время она подчеркивает, что в случае антианализанда соматизация в этот ассортимент, как правило, не входит, и у большинства антианализандов, которые ей встречались, не было психосоматических расстройств (Мак-Дугалл, 2000).

Последнее наблюдение могло бы служить новым подтверждением многократно повторенному выше тезису, согласно которому психосоматическая структура личности сама по себе не подразумевает неизбежности соматической патологии, равно как никакая иная структура не подразумевает гарантии физического здоровья. Однако данный вопрос я предпочту пока оставить открытым и не стану утверждать, что описанные Мак-Дугалл пациенты и есть «в чистом виде» то, что подразумевается под *homo somaticus*. Несмотря на выраженное внешнее сходство между ними, они могут быть отождествлены лишь с определенными оговорками. Во-первых, психосоматическая личность далеко не всегда демонстрирует готовность к «слепому подчинению» аналитической ситуации: например, больные бронхиальной астмой или язвой часто изначально занимают по отношению к терапии отклоняющую и отчужденную позицию, и мы не можем, как Мак-Дугалл, сказать, что их симптомом является само участие в аналитическом процессе. Во-вторых, к ним во многих случаях малоприменимо такое определение этого автора, как «смерть любопытства». Как я уже писал, «человек соматический» нередко создает у собеседника впечатление не столько отсутствия интереса к своему внутреннему миру (хотя бывает и такое), сколько неспособности его понять и принять. Его любопытство не умерло: скорее оно чем-то напоминает быстро иссякающий интерес ребенка к квантовому генератору. С другой стороны, я не отрицаю, что многие объединяющие этих пациентов черты могут иметь сходную или даже тождественную этиологию – например, их невозможность взаимодействия с внутренней реальностью, существование которой подтверждается хотя бы тем, что они видят сны.

Настало время поговорить о взглядах на природу алекситимии – взглядах весьма разнообразных. Существует представление о ней как

о продукте первичного процесса, в котором главную роль играют дефекты или специфические варианты развития мозга, препятствующие функциям выражения аффектов и фантазий (так называемая гипотеза нейроанатомически-нейрофизиологического нарушения); в частности, некоторые врачи связывают ее с недостаточным взаимодействием мозговых полушарий, при котором левое полушарие не распознает эмоциональных переживаний, возникающих в правом. Есть многочисленные сторонники версии о социально-психологических факторах, согласно которой алекситимия представляет результат приспособления индивида к требованиям современного индустриального общества. Эти гипотезы рассматриваются большинством психотерапевтов как спекулятивные. Появляются и другие предположения, например, о ее унаследованности, для обоснования которых в настоящее время нет достаточного объема данных. Психоаналитики же отдают предпочтение гипотезам регрессии или дефицита – в зависимости от того, насколько традиционную концептуальную позицию они занимают.

Гипотеза психофизиологической или психосоматической регрессии, наиболее ортодоксальная, рассматривает алекситимию и соматическое симптомообразование как следствие фиксации на травмирующем факторе и регрессивного возврата к довербальной стадии развития, то есть объясняет их механизмами, задействованными и в формировании невротических симптомов. (Как замечают Томэ и Кехеле, идея психофизиологической регрессии была, однако, чужда методологическому образу мыслей Фрейда (Томэ, Кехеле, 1996)). Гипотеза дефицита в противоположность ей предполагает влияние не регрессии, а «первичного застревания» на ранней стадии развития, и связывает психосоматическую структуру личности не с травмой, но с отсутствием условий для нормальной эволюции определенных ментальных функций. Однако обе эти версии основаны на представлении, согласно которому в наиболее ранний период жизни, когда психика и сома у младенца еще функционируют как единое целое, предтеча его Я обладает психосоматической структурой.

Мак-Дугалл относит проблемы психосоматической личности к непреодоленным в довербальное время трудностям, которые были связаны для ребенка с необходимостью использовать ранние формы единства для «настройки» на бессознательные материнские послания. Трагедия начиналась там, где это единство утрачивалось. Плохой уход за младенцем со стороны матери блокировал процесс установления «милосердного объекта». При том, что мать запрещала ребенку попытки создания аутоэротических заменителей ее самой как реального источника тепла и заботы, подрывалась основа для формирования позитивных объек-

тных репрезентаций и фантазийной активности (Мак-Дугалл, 2007; Mc Dougall, 1980).

Мишель Фэн также рассматривал алекситимию и предрасположенность к соматическим реакциям как результат специфических отношений младенца и матери, препятствующих развитию фантазматической активности. Им проводились исследования грудных детей, страдавших астмой и аллергией. Эти дети страдали бессонницей и соглашались засыпать только на материнских руках. Отношения, описанные Фэном, подразумевают постоянное реальное присутствие матери рядом с ребенком – например, реальное укачивание для того, чтобы он заснул. В результате непрерывного обеспечения младенца материнским объектом не создаются предпосылки для формирования мира внутренних объектов и успокаивающих (в частности, усыпляющих) фантазмов. Не устанавливается первичный аутоэротизм и фантазийная интроекция частей материнского тела: такой ребенок уснет только на руках матери и не успокоится, сося палец вместо материнской груди. Реальная мать занимает место недостающего интроецированного объекта и становится для ребенка своего рода наркотиком. Его психофизиологическая стабильность будет обеспечена при устойчивой связи с матерью, однако разрушится при ее разрыве. Как следствие подобных отношений, формируется операторное мышление, ориентированное на реальность и не проявляющее признаков связи с внутренним миром субъекта (Fain, 1966).

И все же большинство авторов придает в этиологии алекситимии первоочередное значение трудностям в развитии аффективной сферы. В качестве основного источника алекситимичного когнитивного стиля ими рассматривается неспособность к переводу аффективных сигналов в символы для использования в поле отношений, что и ведет к доминированию ограниченных, стереотипных и конкретных мыслей.

В работе «Торможение, симптом и страх» (Фрейд, 1999) Фрейд описал аффекты как повторение раннего жизненно важного опыта (заметим, что за пятнадцать лет до этого довольно близкие мысли высказывала Сабина Шпильрейн в «Деструкции как причине становления»). В своих более ранних трудах он представлял аффект как продукт разрядки бессознательных влечений; несколько позднее указывал, что наряду с защитами аффекты выполняют сигнальную функцию, то есть в определенном смысле служат ориентирами для адаптации субъекта к реальности. Однако вопросами их эволюции и дифференциации Фрейд не занимался.

В исследовании истории аффектов значительный шаг вперед был сделан благодаря работам Макса Шура. Анализы соматических больных

предоставили Шуру материал для описания так называемой «регрессии аффекта». У этих пациентов практически не было способности к дифференциации и вербализации аффективных переживаний, в результате чего последние не выполняли сигнальной функции (Schur, 1955). Данные наблюдения сыграли существенную роль в развитии эволюционной теории аффектов, в частности, в трудах Кристала.

Согласно концепции Кристала, младенец обладает поначалу лишь примитивными предшественниками аффектов, из которых в дальнейшем постепенно развиваются эмоции. Предтечами приятных и болезненных аффектов служат соответственно состояния удовлетворения и дистресса. На раннем этапе развития они являются преимущественно соматическими. В ходе эволюции первое из них дифференцируется впоследствии на переживания уверенности, надежды, любви, радости, нежности; второе – на тревогу, вину, отвращение, беспомощность, гнев и т. д. Это разделение осуществляется по мере того, как смысл и обстоятельства аффективных переживаний связываются с определенными реакциями, жестами, мимическими паттернами, словами. Эволюция аффектов происходит по двум линиям: первая предполагает их дифференциацию через связь специфических аффективных элементов, доступную познанию (проще говоря, человек начинает замечать и распознавать свои эмоции). Если данный процесс протекает успешно, чувства начинают выполнять для Я сигнальную функцию. Дифференциация и идентификация чувств гарантируется своевременной и адекватной реакцией матери на аффекты младенца, основанной на способности верно воспринимать их – реакцией, обеспечивающей комфорт и безопасность. Вторая эволюционная линия – вербализация и десоматизация аффектов (Кристал, 2006; Krystal, 1974, 1975).

Аффективное развитие рассматривается в современном психоанализе как чрезвычайно важный аспект формирования объектных отношений. Первым прототипом аффективной объектной связи становится описанная Рене Шпицем «социальная улыбка» как реакция младенца на человеческое лицо (между 2 и 3 месяцами): она представляет наиболее раннее выражение готовности к диалогу. Эмде отмечает, что ко второй половине первого года жизни аффекты становятся для ребенка важным средством коммуникации. Эмоциональное выражение – главный способ, которым довербальный ребенок сообщает о своих желаниях. Если мать в достаточной степени «настроена» на ребенка, она реагирует на его сигналы автоматически и неосознанно, однако ошибается редко (Emde, 1999).

Важной вехой аффективного развития на данной стадии Шпиц называет появление «тревоги восьмимесячных», сигнализирующей об ус-

тановлении либидинозного катексиса матери (того, что Анна Фрейд описывала как «постоянство объекта»). Этим выражением тревоги ребенок реагирует на появление в поле своего зрения любого незнакомого лица вместо материнского. В то же время происходит дифференциация проявлений страха, удивления, любопытства, гнева. Интенсивность производных неудовольствия (дистресса) прямо связана с качеством детско-материнских отношений: чем последнее позитивнее, тем менее они сильны. С точки зрения Шпица, данная стадия является ключевой в формировании объектной привязанности и безопасной зависимости.

В последней трети первого года жизни устанавливается связь между эмоциями и способом коммуникации, который делается все в меньшей степени соматическим и все в большей – мимическим и вербальным. На данном этапе начинается трансформация аффектов, позднее принимающих на себя сигнальную функцию. Таким образом, адекватное объектное отношение становится залогом нормального аффективного развития, а удачная ранняя коммуникация – условием для появления нормального, то есть неалекситимичного, способа обращения с эмоциями в зрелости. Если отношения в детско-материнской диаде неудовлетворительны и мать не в состоянии адекватно воспринимать и отражать проявления ребенка, предшественники аффектов сохраняются на примитивном и недифференцированном уровне (Шпиц, Коблинер, 2000) – то, что и наблюдается при алекситимии.

Идет ли речь при разговоре о *homo somaticus* о прямой замене психических переживаний телесными или всего лишь о невозможности их вербализации, ведущей к «соматическому аффекту» в самом конце цепочки? Полянская в работе, посвященной алекситимическому аспекту личности, страдающей бронхиальной астмой, ссылается на проведенное в США исследование реакций психосоматиков на стресс. Исследуемые демонстрировали в стрессовых ситуациях преимущественно сильный физиологический отклик, не сопровождавшийся откликом словесным. На основе данного наблюдения был сделан вывод о том, что, возможно, у алекситимиков отсутствуют не чувства как таковые, но лишь средства для их выражения (Полянская, 2008). Однако физиологическая реакция и эмоция – разные вещи, хотя последняя, как мы неоднократно отмечали, и содержит телесный компонент.

Прежде чем чувства смогут быть выражены словами, аффектам предстоит достичь определенной степени дифференциации. Поэтому вербализация аффектов отстает от других языковых навыков. Речь, развивающуюся на втором году жизни ребенка, Шпиц назвал организатором психики. Ее эволюция представляет особый интерес как раз с точки

зрения развития аффекта: возможность вербализации переживания становится залогом прогрессивной десоматизации. Этот тезис был подтвержден, в частности, исследованиями Катан.

Катан, наблюдая за детьми, обнаружила связь между обретением словарного запаса, достаточного для нормального выражения чувств, и уменьшением физически неконтролируемых и беспорядочных аффективных выражений. Если аффекты не могут быть адекватно преобразованы в слова, ребенок выражает их действиями. Возможность отложить, проконтролировать импульсивное действие при этом сводится к минимуму, что естественным образом провоцирует конфликты ребенка с окружением и делает его беспомощным перед собственными чувствами (Katan, 1961).

Таким образом, использование слов помогает ребенку обрести власть над своими переживаниями, в частности, через умение дифференцированно воспринимать их и идентифицировать (называть). В данном процессе развивается его умение общаться с собой, со своим внутренним миром: ребенок начинает размышлять о своем опыте, чувствах, фантазиях, снах; прогрессирует также его способность различать фантазии и реальность. Начинается стадия символизации как способности языковых символов – слов – вмещать и организовывать мысли, ощущения, переживания. Если этого по какой-либо причине не происходит, в адаптивном стиле ребенка продолжают доминировать психосоматические способы реагирования, которые Полянская рассматривает как патологическую разновидность символизации (Полянская, 2008).

При нарушении контакта субъекта с собственным внутренним миром, при невозможности распознать и вербализовать отдельные чувства алекситимия оказывается для него, по сути, залогом целостности и идентичности. Отсутствие интегрированной репрезентации собственного Я, в том числе телесного, вынуждает его закрепить функции Я за внешним объектом, что в свою очередь ведет к расщеплению аффектов: те из них, что исходят из паттерна удовлетворения, принадлежат теперь объекту, а из паттерна неудовлетворения – подлежат уничтожению и выбрасыванию, поскольку они угрожают разрушить объект. В результате перед нами предстает «эмоционально немой» человек, способный к существованию лишь в материальной реальности и не установивший связи с реальностью внутренней. Он привязан к материальности вещей и событий точно так же, как ребенком был привязан к матери: не случайно слова «материя» и «мать» обладают общим корнем.

Очевидно, что подобный патологический сценарий предполагает и родительские трудности в отношениях с собственной аффективной

сферой. Многие специалисты рассматривают алекситимию как продукт семейной среды, в которой не было места для каких бы то ни было выражений чувств относительно реальности жизни: данная позиция окружения затем укрепляется в многолетнем обучении ребенка ригидному следованию общественным нормам (Любан-Плоцца, Пельдингер, Креггер, 1996). Катан, исследуя искажения аффективных отношений в семьях, описывала родителей, которые не только сами не способны выражать эмоции, но и ребенку этого не разрешают. Когда они говорят о чувствах, не умея их действительно проявить, они используют слова не для содействия их выражению, а для их отвращения. Вербальные средства оказываются не мостиком к чувствам, но защитой от них, и этот способ интернализуется ребенком. Кроме того, ему часто приходится иметь дело с противоречивыми посланиями: родители охотно уделяют внимание маленьким детям, когда те сигнализируют о болезненных аффектах, однако, когда ребенок чуть подрастает, его начинают за те же сигналы стыдить и даже наказывать. Таким образом выражение аффекта вынужденно подавляется, и альтернативой ему может стать психосоматическое расстройство (Katan, 1961).

Наконец следует сказать несколько слов о концепции алекситимии в аспекте неоднозначности данного явления как клинического или характерологического феномена и о необходимости осторожного и критического подхода к нему. Можем ли мы уверенно говорить о ней как о типичной психосоматической структуре? Данный вопрос является дискуссионным хотя бы потому, что алекситимические черты часто наблюдаются и у невротических пациентов, и у здоровых людей. Аренс приводит результаты исследования по сравнению групп невротиков и психосоматических больных, противоречащие идее существования особой «психосоматической личности»: в данном аспекте между двумя группами не было обнаружено никаких различий (Ahrens, 1986). Примечательно и то, что школа Александера, уделившая столько внимания психосоматическим больным, словно бы «не заметила» алекситимию как объединяющей их характеристики. Со своей стороны я добавил бы, что порой мы наблюдаем признаки алекситимичного стиля мышления и реагирования у окружающих как преходящие сопровождения определенных жизненных ситуаций. Их может выказывать, например, человек в состоянии шока, или предельной сосредоточенности на решении той или иной важной задачи. Проходя предварительное собеседование при приеме на работу, он бывает вынужден столь конкретно и предметно отвечать на вопросы интервьюера, что стороннему наблюдателю нетрудно заподозрить его в операторном характере мышления, и т. д.

Концепция операторного мышления была раскритикована, в частности, Томэ и Кехеле, замечавшими, что французские авторы противоречат сами себе – например, приписывая данный ментальный стиль первичным процессам и тут же обсуждая его как модальность процесса вторичного. По поводу алекситимии они сообщают, что ее идея стимулировала в свое время целый ряд эмпирических исследований, результаты которых оказались отрицательными. Из семнадцати работ, нацеленных на идентификацию этого феномена как устойчивой личностной характеристики, только в трех (одна из которых принадлежала самому Сифнеосу – автору понятия) присутствовало указание на то, что он свойствен психосоматическим больным. Поиск некоей однородной «психосоматической личностной структуры» для расстройств сложной и разнообразной природы, очевидно, налагает ограничения, противоречащие клиническому опыту (Томэ, Кехеле, 1996). Однако это совершенно справедливое замечание, на мой взгляд, служит лишь дополнительным аргументом в пользу многократно подчеркнутого выше тезиса: между «соматической личностью» и психосоматическим больным нет прямой и однозначной корреляции, они – не одно и то же.

«Алекситимия» – это, безусловно, ярлык, который не охватывает всю личность индивида и не исчерпывает ее оценку. Как уже было сказано, алекситимические черты могут проявляться у человека лишь в определенных ситуациях, например, их нередко можно наблюдать у пациентов в ходе первичного интервью. Те же авторы, на которых я только что ссылался, точно подмечают, что они становятся результатом особого способа интервьюирования и априорных предположений, а не являются отражением постоянных и этиологически значимых черт личности. Так, если врач опрашивает пациента, буквально следуя руководству по психоаналитическому интервьюированию, он тормозит его фантазийную активность, после чего проблематика общения проецируется на больного и получает название «алекситимия», в то время как влияние переноса и контрпереноса игнорируется (Томэ, Кехеле, 1996). Также Северный, говоря о принципах врачебного подхода к «психосоматическому мышлению», описывает алекситимию как определенный ментальный стиль и образ действия, проявляющийся в отношениях субъекта только с определенными лицами, и в том числе с врачом (Северный, 1988).

Как замечали в разное время Марти и Мак-Дугалл, алекситимия представляет собой не личностную характеристику, а состояние, которое ситуативно может возникнуть у любого человека. Оно подразумевает, что субъект оказывается неспособен совладать с чувствами, найти для них подходящую нишу в своем психическом пространстве: при этом

чувства как бы отрываются от сознания, но это не вытеснение, а своего рода уничтожение. Алекситимия может возникнуть на более или менее длительное время и у здорового индивида в форме глобального торможения аффектов, своего рода эмоционального оцепенения в результате, например, тяжелой психологической травмы; она иногда служит отражением горя или скрытой депрессии. Бройтигам с соавторами пишут, что личность, пребывающая в гармонии с окружающей средой, может перенести экстремальные телесные и психические нагрузки и при этом не заболеть. Однако в жизни случаются события, вызывающие душевный разлад, ведущие к сильным негативным эмоциям, к неуверенности в себе. В сложных ситуациях психосоматические пациенты, проявляющие эмоциональную подавленность, бывают неспособны правильно оценить и описать свое состояние. Это и есть алекситимия (Бройтигам, Кристиан, Рад, 1999). Другое дело, что иногда терапевту приходится работать с пациентами, у которых подобное состояние оказывается преобладающим и даже равномерно заполняющим все их жизненное и ментальное пространство. Чуть видоизменив определение Марти и Мак-Дугалл, мы могли бы сказать: алекситимия есть стабильная личностная характеристика, но характеристика не субъекта в целом, во всей его сложности, а «человека соматического» внутри него, редко – всеобъемлющего, чаще – обнаруживающего себя лишь в ответ на стресс.

Особенности взаимодействия в первичной детско-материнской диаде, ведущие к формированию у субъекта черт алекситимии – те особенности, которые описывали Мак-Дугалл, Фэн, Эмде и другие авторы – лишь в весьма редких случаях были безусловно доминирующими. Можно предположить, что значительно чаще они возникали как эпизодические, ситуативные, зависящие от психологического или физического состояния матери, которое неизбежно в той или иной степени подвергалось колебаниям. Детско-материнские отношения в каждой семье включают в себя огромный, если не сказать бесконечный, диапазон аффективных состояний, паттернов взаимодействий и реакций, из которых одни существуют продолжительно и стабильно, другие возникают относительно редко и фрагментарно. Эти фрагменты могут не оказывать решающего влияния на формирование детского Я, однако они и не растворяются без остатка. В определенных ситуациях впоследствии они демонстрируют свою сохранность, и их дериваты начинают служить решению задач адаптации или выживания субъекта. Еще раз подчеркнем, что действительно существуют пациенты, у которых производные описываемого опыта являются безусловно манифестными – но все же в отличие от подавляющего большинства людей.

Следует добавить, что и операторное мышление в том виде, в каком его описали французские психоаналитики, редко встречается в практике как постоянный способ личностного функционирования: чаще с ним приходится встречаться как с эпизодом, указывающим на временную дезорганизацию субъекта. Крайний вариант его может наблюдаться, например, в случаях эссенциальной депрессии, при которой вместо богатой психопатологической симптоматики обычно отмечается просто снижение жизненного тонуса. У детей депрессивная атония в связи с горем, потерей иногда ведет к полному подавлению иммунитета. Все, что мы знаем об алекситимии и операторном мышлении, таким образом, вновь подтверждает исходный тезис: «человек соматический» в большей или меньшей степени является частью личности каждого из нас.

3. ОТНОШЕНИЯ С РЕАЛЬНОСТЬЮ

Эти двое так тесно прижались
друг к другу, что не осталось
места для чувств.

Станислав Ежи Лец

Данный аспект функционирования психосоматической личности в большинстве случаев также не может быть описан четко и однозначно. Чтобы не повторять вновь и вновь тезис о сложности индивидуального жизненного опыта и личностной структуры каждого отдельно взятого субъекта, договоримся, что все, о чем пойдет речь в этой главе, относится только к «человеку соматическому», то есть ни в коем случае не охватывает человека и его коммуникации с реальностью в целом.

Способ, которым homo somaticus выстраивает отношения с окружающим миром, является прямым следствием алекситимичного ментального стиля. Напомню его основные характеристики: во-первых, субъект в этих отношениях привязан к реальности внешней и отчужден от внутренней, например, от мира собственных внутренних объектов и фантазий. Во-вторых, реальность Другого воспринимается им исключительно как тождественная своей собственной. Так, обращаясь к врачу по поводу язвенной болезни или нейродермита и вовсе не интересуясь связями своего заболевания с переживанием либо стрессом, психосоматический пациент нередко не допускает, что эти связи могут заинтересовать терапевта; если последний начинает задавать вопросы на данную тему – реагирует недоумением или раздражением.

Врачи парижской психосоматической школы описывали тенденцию психосоматических пациентов к поверхностным идентификациям с чертами объекта – так называемым «редупликациям». Эти пациенты таким образом превращают себя в бесконечно воспроизводимую личность. Другого человека они способны понять только на основе сво-

ей собственной модели и либо не представляют себе существования иной индивидуальности, либо отвергают возможность ее понимания (вспомним: «Да она об этом не парится»). Куттер также отмечает, что наибольшее, к чему способен психосоматик в межличностной коммуникации – увидеть Другого таким же, как он сам, то есть изготовить из объекта собственный дубликат (Куттер, 1997). Выше эти примитивные идентификации рассматривались нами вслед за Марти как следствия не проекций, каковыми они иногда выглядят или могут выглядеть, но самого архаического отсутствия различий между матерью и грудным младенцем на стадии первичной недифференцированности. Проекции участвуют в работе «правильных», по выражению Марти, психических механизмов, организация которых мало совместима с соматической патологией. Данное отсутствие различий может представлять как фундаментальный, так и регрессивный феномен; однако в обоих случаях вторичные проекции, наблюдаемые в аналитических отношениях, представляют лишь его результат (Марти, 2005). Концепция редупликации неоднократно критиковалась как недостаточно разработанная и далеко не всегда подтверждаемая наблюдениями за психосоматическими больными (Томэ, Кехеле, 1996). На мой взгляд, последнее, наравне со сказанным об алекситимии, есть только еще один довод в пользу тезиса, которым я завершил предыдущую главу.

Данные соображения заставляют нас вновь обратить внимание на фигуру «антианализанда» в описании Мак-Дугалл – человека, по ее наблюдениям, обычно не обремененного телесной болезнью – и вновь задаться вопросом: является ли сходство последнего с психосоматической личностью случайным или же предобусловленным глубинно. Как сообщает Мак-Дугалл, переносы этих пациентов соответствуют типу отношений, поддерживаемых ими и с окружением, и с миром внутренних объектов. Антианализанд, потеряв контакт с собой, оказывается отделен пропастью от интимных объектов и влечений. Это своего рода повторение первичной ситуации, в которой ребенок отгораживался от Другого, отрицая его реальность и таким способом справляясь с невыносимым аффектом. Другой превращается в этом процессе в объект, потерявший себя внутри него самого. От всего Другого, не тождественного субъекту, всегда исходит угроза смерти. Во избежание этого человек одалживает Другому свою реальность и теряет при этом способность к подлинной идентификации. Если он отмечает различия между собой и Другим, которые невозможно подвергнуть отрицанию, его реакции могут носить защитно-агрессивный характер.

С точки зрения Мак-Дугалл, подобный отказ от различия с Другим представляет продукт глобального отрицания, связанного с отрицанием первичной сцены и половых различий. Образовавшуюся в его результате пустоту эти пациенты не смогли заполнить фантазиями, которые предназначались бы для вытеснения и могли бы сформировать ядро будущего невроза. С другой стороны, они не стремились и к психотической компенсации. Вместо этого они будто «замазывали возникшую купюру слоем штукатурки», препятствуя свободной циркуляции психических содержаний между внутренним и внешним миром. Недоступность объектных отношений в своем внутреннем пространстве заставляет их полностью опереться на отношения внешние, основанные на системе жестких социальных правил. В этой системе нет и не может быть места сомнениям, поскольку любые сомнения грозят им потерей идентичности, целостности Я. Человек превращается в социально запрограммированного робота, мертвого внутри себя (Мак-Дугалл, 2000).

Приведенное описание практически тождественно тому, что мы уже знаем о психосоматической личностной структуре. Субъективно переживая свой внутренний мир как вакуум, такой человек отчаянно нуждается во внешней реальности, в непрерывном потоке внешних стимулов и раздражителей, избавляющих его от невыносимой экзистенциальной тревоги – в реальном объекте хотя бы в лице лечащего врача, который, будучи подчинен социальным правилам, не может отказать его поддержать. Болезнь становится кратчайшим путем к объекту и залогом сохранения идентичности, как порой бывает, например, при функциональных синдромах. Симптоматика функционального расстройства заменяет или выражает неосознаваемые эмоции; не подозревая об этом, пациент настаивает на повторных обследованиях, которые нередко обнаруживают некое безвредное отклонение от нормы. Отклонение становится источником нового прилива тревоги, и возникает порочный круг. Человеку, хотя сам он этого не признает, требуется не физическое здоровье, а другой человек рядом – так же, как при агорафобии, согласно многим авторам, страх у субъекта вызывает не открытое пространство как таковое, но отсутствие в этом пространстве «регуляторного объекта» (Томэ, Кехеле, 1996).

Хайнц Когут в свое время описал пациентов, которые компенсируют дефицит идентичности тем, что используют аналитика как непосредственное продолжение ранней межличностной объектной реальности. Неструктурированная психика пытается сохранить контакт с архаичным объектом. Аналитик становится для них не экраном для проекций и не объектом переноса, но прямым экстраполятом реальности, которая

в свое время оказалась слишком отчужденной и отвергающей и слишком ненадежной для того, чтобы быть трансформированной в четкие психологические структуры (Когут, 2000).

Психосоматический симптом в наше время рассматривается многими аналитиками как выражение потребности восстановления утраченных в подобных условиях связей, слияния с реальными ранними объектами. Как уже отмечалось, начало современному пониманию взаимосвязи отношений и аффективной жизни положил Шпиц, создавший интегрированную концепцию взаимодействия матери и младенца. Аффективная невербальная коммуникация, выстраиваемая и контролируемая матерью, согласно Шпицу, становится основой для формирования объектного отношения и чувства Я у ребенка. Первым переживанием утраты для него оказывается отнятие от груди: эта травма, по словам Фрейда, не преодолевается никогда. Потерпев неудачу в попытках отказаться от привязанности, ребенок демонстрирует множество знаков потребности в воссоединении с идеальной матерью, борьбы с чувствами беспомощности и зависти. В данных процессах генерируются аффекты, влияющие на паттерны характера и на развитие психосоматических решений.

Согласно Кристалу, центральный конфликт алекситимичного субъекта касается внутренней свободы и способности к самостоятельному осуществлению аффективных и других жизненно важных функций. Эти функции воспринимаются им как полностью принадлежащие матери, которая одна имеет право на заботу о нем. Мать представляет частичный объект, в интернализации которого ребенок потерпел неудачу: будучи вполне способной вроде бы нормально о нем заботиться, она в то же время блокировала каждую его попытку заботиться о себе самостоятельно (что созвучно взглядам Фэна относительно этиологии операторного мышления). Для алекситимика интернализация материнского объекта ради обретения функций ограждения и успокоения тождественна нарушению запретных границ и, соответственно, потере защиты и чувства безопасности (Кристал, 2006). Как сообщали врачи Чикагской психосоматической школы, описывая больных бронхиальной астмой, проблематика отношений этих пациентов может быть выражена формулой: «Я не могу любить, потому что это означало бы для меня потерять любовь матери; только она имеет право на это чувство» (French, Alexander et al., 1941).

Таким образом, вместо подлинного объектного отношения мы имеем дело с отношением нарциссическим, позволяющим избежать дезинтеграции, или, говоря языком Балинта, с «окнофилическим» восприятием реальности. Мак-Дугалл сообщает, что в определенные моменты анализов пациентов с психосоматической уязвимостью на первый план

выходит их чувство потери себя либо деперсонализация, отражающие страстное желание слиться с родителем или даже обменяться с ним телесными субстанциями. Алекситимичный субъект неспособен к развитию фантазий о себе и об объекте, поскольку он расщепляет репрезентацию собственного Я и исключает из нее обширные области тела, отчуждаясь от целостного и эмоционально наполненного восприятия телесного Я (Мак-Дугалл, 2007). Определенные функции и части своего тела он бессознательно воспринимает как принадлежащие его матери, то есть как части репрезентации объекта – что не позволяет сформироваться заботящимся интроектам, позволяющим выдерживать душевную боль или перевозбуждение (Кристал, 2006). Поэтому для психосоматических больных характерно объектное отношение по типу слияния, расстройство которого обычно ведет к соматическому кризу (Мак-Дугалл, 2007; Фэн, 2005).

Психосоматическая психодинамика объясняется Фэном через специфическую трансформацию Сверх-Я, возникающую не в связи с доминированием в нем одного из родительских имаго, но вследствие повторения определенного модуса функционирования социо-семейного кадра – модуса, для которого типичным является отсутствие адекватной проработки конфликтов. Конфискация Идеала Я, совершаемая ради объекта, лишает субъекта возможности проецировать его на объект – объект, который таким образом мог бы превратиться в Идеал Я, исходящий из детского нарциссизма. Рождающееся при этом образование предназначено хранить первичную иллюзию слияния с матерью – иллюзию, которая формируется в период беременности, то есть тогда, когда ребенок является пока лишь материнской мечтой.

Воспроизведение такого слияния в аналитических отношениях Фэн описывает с привлечением концепции Марти о регрессии. В понимании Фрейда регрессия есть итог разочарования, связанного с любовной жизнью и воздействующего на нарциссическую организацию Я. Регрессия у Марти также является результатом разочарования в широком смысле: например, при характерном для больных астмой «аллергическом отношении» к объекту, в котором отрицается треугольный конфликт и преобладает тенденция к слиянию (термин «аллергическое» использовался Фэном, поскольку данные отношения изучались им на примере детей, страдавших аллергией). Подобная организация Я устраняет изнутри представление об «эротическом отце»; возникновение расстройства бывает связано с возвратом извне отвергаемой репрезентации. Соматическая патология ведет к тому, что организация Я, экономя на проекции, интегрируется в норму; главной становится потребность в слиянии с реаль-

ным объектом, удовлетворение которой в аналитических отношениях и оказывается причиной «медового месяца» психоанализа, описанного Блэкуортом и Грюнберже. При «аллергическом» объектном отношении пациент трансформирует основное правило анализа в своего рода «утечку мыслей» в результате желая удовлетворить все требования аналитика. По определению Фэна, «такой пациент – это не его величество ребенок, он всего лишь тот, кто должен заставить другого поверить в то, что он все еще король. Этот последний стал королем не в результате проекции всемогущества субъекта, а потому, что ребенок самим фактом своего рождения восстанавливает иллюзию его королевства. Похищение этой первичной проекции лишает индивида данного механизма: такой субъект не способен выйти из мечты своей матери» (Фэн, 2005, с. 507).

Фэн описывал в цитируемой работе пациентов с доминантой фаллического нарциссизма, у которых благодаря существованию язвы желудка или повышенного артериального давления механизмы проекции почти или совершенно отсутствуют. Их характерологические неврозы, лишенные проективно-интродективных средств поддержки равновесия, чрезвычайно хрупки и рискуют разрушиться при малейшем препятствии. По словам Фэна, невроз характера при фаллическом нарциссизме есть колосс на глиняных ногах, выстроенный на утверждении существования фаллоса там, где отсутствует пенис. Носители подобной структуры возбужденно переживают свою незавершенность всякий раз, когда воспринимают «совершенного» индивида (в качестве яркой иллюстрации того, о чем пишет Фэн, можно привести сообщение одной моей пациентки: по ее словам, если она обнаруживала в человеке нечто для себя привлекательное, то испытывала желание не обладать, а стать этим человеком). Нарциссически-фаллический невроз проявляется в поведении: совершенный объект должен возникнуть реально для того, чтобы появились психические реакции, организуемые в виде конкретных поведенческих паттернов. Последние носят адаптивный характер и значительно способствуют успехам субъекта в различных областях. Субъект таким образом становится зависим от внешних перцепций: утрата среды, служащей их источником, ведет его к декомпенсации. Будучи изолирован от возбуждений извне, его психический аппарат оказывается незащищен; он испытывает ощущение внутренней пустоты, потери интереса к жизни и разрыва регрессивных связей с объектами прошлого. Поэтому, ложась на кушетку, такие пациенты часто переживают ухудшение состояния: теряя аналитика из поля зрения, они теряют с ним и основную часть своего ментального функционирования (Фэн, 2005).

С болезненно переживаемым дефицитом интроектов как автономных средств самозащиты, как уже упоминалось, связана часто наблюдаемая у психосоматических пациентов эмоциональная лабильность. Экспериментальное исследование, выполненное Полянской, показало, что, хотя эти больные могли самостоятельно идентифицировать факторы, провоцирующие их эмоциональные всплески, но они не находили причин неадекватной (по их собственному определению) интенсивности своих реакций; последние же описывались ими в подавляющем большинстве случаев стереотипно, например: «Я испытал сильный стресс». Несформированность интроектов надежных и интегрированных, ответственных за регуляцию аффекта, в непереносимой ситуации становилась причиной их соматического ухудшения. Следующее за этим вынужденное признание своей беспомощности, равносильное дезинтеграции идентичности, обостряло их зависимость от других и вновь подталкивало к соматическим решениям проблемы. Полянская отмечает многочисленные свидетельства в пользу того, что эмоциональная неустойчивость астматиков тесно связана со сниженной способностью к символизации. Когда их переживания не находили выхода в вербальной символике, они разряжались в слезах, не поддающихся когнитивной обработке. Примечательно, что эти слезы вызывали и у терапевта чувство снятия напряжения (Полянская, 2008).

Важность связи с реальностью для психосоматической личности может быть проиллюстрирована еще одной характерной для нее тенденцией, нередко проявляющейся в процессе терапии. Каждый человек воспринимает реальные вещи и события через призму собственной субъективности; иными словами, во всем, что нас окружает, мы видим отчасти то, что есть в действительности, отчасти – то, что привносим в него мы сами. Для психосоматического пациента типичным является отрицание второго наряду с переоценкой первого. Так, однажды мой анализанд рассказал о своей чрезвычайно агрессивной реакции на то, что официантка в ресторане не сменила вовремя пепельницу на его столе. Я знал, что этот человек предельно болезненно относится к малейшим признакам невнимания, и понимал, с какими аспектами отношений в его ранней истории данная черта связана. Однако мои попытки указать ему на субъективную сторону восприятия ситуации вызвали у него лишь холодное недоумение: «Я не понимаю, о чем мы говорим. Во-первых, переполненная пепельница, которую никто не спешит поменять, есть проявление элементарной антисанитарии в предприятии общественного питания. Во-вторых, его сотрудники плохо справляются со своими обязанностями. Уверю вас, что любой на моем месте отреагировал бы

точно так же». В этой реплике ярко проявилось и глубокое отчуждение от внутреннего опыта и значимых образов прошлого, и способность воспринять Другого лишь как тождественного себе.

Выше мы говорили о матери, которая, не снимая ребенка с рук и не допуская замены собственной реальной груди чем бы то ни было, препятствовала формированию у него внутреннего мира успокаивающих фантазмов и интроектов, а также о том, что, согласно концепции Фэна, такая мать становится для своего ребенка своего рода наркотиком. Однако слабость данной метафоры заключается в следующем: наркотики разрушают личность, в то время как постоянная и прочная связь с реальностью, наоборот, позволяет психосматику избегать разрушения. Другими словами, потребность младенца в реальном укачивании как единственном условии, при котором он способен заснуть, становится потребностью в определенном смысле физиологической – такой же, как, например, потребность в еде. Когда человек голоден, ему не удастся снизить напряжение путем фантазирования, например, о поедании свежего, только что снятого со сковороды бифштекса: от подобной картины ему станет только хуже. Как ни дико это, возможно, для кого-нибудь прозвучит, но для моего пациента принятие того факта, что переполненная пепельница не всегда является поводом для вспышки ярости, могло стать импульсом к началу личностной дезинтеграции. Только мое непонимание этого на тот момент, о котором шла речь, заставляло меня предпринимать попытки конфронтировать его с субъективностью своего восприятия ситуации – попытки, от которых он был; к счастью, хорошо защищен.

Описывая «антианализанда», Мак-Дугалл отмечает сходство такого пациента с ребенком, страдающим «синдромом госпитализма», который после потери объекта через стадию гнева впадает в депрессию, а затем – в забывание объекта и безразличие. Далее его либидинозный катексис адресуется лишь тем лицам, от которых он получает нечто материальное. Он не испытывает при этом печали и не прилагает усилий для интроекции и восстановления объекта. Вместо этого он прекращает идентификации и отказывается от мира живых людей, обращая агрессию против себя и обретая смертоносные наклонности. Его разрыв с Другим не только нарушил либидинозный обмен, но и уничтожил любопытство – как к себе, так и к людям, оставив лишь систему жестких социальных правил (пепельница должна заменяться вовремя) и операторное мышление. Его жалобы и агрессивные проявления в отношениях не являются отражением страдания. Он сердится на внешний мир, но раздражения извне не обретают внутренней символики и лишены аффективного смысла: ярость лишь создает защитный барьер против саморазрушения (Мак-Дугалл, 2000).

«Синдром госпитализма» нередко ведет ребенка к смерти. Психосоматическая личность, вновь обнаруживающая сходство с «антианализандом», способна защищаться от угрозы смерти с помощью болезни – как ни парадоксально это звучит. Соматическая патология, если она возникает, становится для нее спасительным средством против дезинтеграции. Она реальна, как все телесное, и потому необходима в качестве замены реального потерянного объекта; она становится для больного недостающим внутренним объектом, который через идентификацию открывает субъекту путь к идентичности; иными словами, место объекта любви и заботы занимает тело. Томэ и Кехеле показали это на примере клинического случая пациента, страдающего нейродермитом: кожа, которую он расчесывал, использовалась как суррогат объектов, и многочисленные нюансы данного процесса были попытками интегрировать чувства к ним (Томэ, Кехеле, 1996).

4. СОМАТИЗАЦИЯ

Эмоции, демонстрирующие единство психических и соматических реакций и служащие поэтому своего рода «мостиком» от души к телу, как будто лишают феномен соматизации всякой загадочности. И все же последний ставит перед нами целый ряд вопросов. Как именно происходит таинственный «прыжок из психического в телесное»? Справедливо ли рассматривать соматическое заболевание в качестве эквивалента психического, например, описывать психосоматоз как психоз тела? Корректно ли говорить о соматизации как о защите, ставя ее в один ряд с изоляцией, отрицанием, интеллектуализацией и другими адаптивными механизмами? Представляет ли она, как полагают многие авторы, чисто регрессивный продукт, или что-то иное, не имеющее отношение к регрессии в традиционном психоаналитическом понимании? Однозначно ответить на все это психоаналитики не могут вот уже более ста лет.

Выше упоминалось, что еще Фрейд помимо классической концепции конверсии предлагал концепцию соматизации, объясняющую происхождение актуальных неврозов. Симптомы последних – расстройства сердечной деятельности и дыхания, потливость, дрожь, головокружение, парестезии – рассматривались Фрейдом как сопровождение приступов тревоги или полная их замена в качестве эквивалента. Однако в отличие от динамики истерии при актуальных неврозах эта тревога не редуцировалась в процессе психологического анализа и оказывалась недоступна влиянию терапии. Ее нельзя было рассматривать как следствие вытесненных представлений. Симптом возникал как результат отклонения соматического возбуждения, которое не допускалось в психическую сферу. Если при истерической конверсии симптом появлялся вследствие работы психики, выражая бессознательный конфликт между влечением и защитой Я, то при актуальном неврозе психический аппарат бездействовал, переработка конфликта не совершалась и возбуждение отзывалось в те-

ле. Конверсионный симптом символизировал действие; органический же означал отсутствие представления о действии. Поэтому симптоматика невроза тревоги и неврастении не имела психического значения: наоборот, как отмечал Фрейд, при их возникновении отпадали все известные аналитикам психические процессы. Эта проблема, по его словам, не оставляла для психоанализа опоры, а последний мало что мог дать для ее понимания (Фрейд, 1989). До конца жизни он полагал, что ее решение следует препоручить биологической медицине.

Обе эти концепции – конверсии и соматических эквивалентов тревожных состояний – выдвигали на первый план вопрос: почему психический конфликт принимает соматический облик. Очевидно, что для конверсии и для актуальных неврозов ответ на него должен был быть разным. В первом случае символическое выражение конфликта через тело становилось возможным благодаря вовлечению органов, имеющему и наследственные, и онтогенетические аспекты. Во втором – сома отчуждалась от психики, на авансцену выступала недифференцированная тревога, не допускающая психической разгрузки. Лишь впоследствии изучение тревоги позволило приблизиться к пониманию динамики этого отчуждения и показать, что оно не задано генетически, а является результатом патогенных межличностных процессов и, следовательно, может быть доступно психоаналитическому подходу. Стало ясно, что симптом может возникать не только как продукт борьбы Я с влечениями, но и как барьер против дезорганизации в ситуации потери объекта, патогенную роль которой обозначил Энджелл. Для этого потребовалось, с одной стороны, развитие Я-психологии, с другой – отступление от классического представления о субъекте как носителе исключительно внутреннего конфликта и признание новой роли объектных отношений.

На новом этапе познания важную роль сыграли исследования Макса Шура. В рамках представления о «десоматизации-ресоматизации», речь о котором шла в главе 1, Шур выдвинул концепцию Я как адаптивного органа, работающего с нейтрализованной энергией инстинктов. Напомню, что, согласно взглядам Шура, ее нейтрализация связана с прогрессирующей десоматизацией поведения. По мере развития ребенка «первично-процессуальное» поведение начинает все в большей степени заменяться «вторично-процессуальным», что в свою очередь ведет ко все большей десоматизации реакций. В итоге на первый план вместо прямого (телесного) действия выходит десоматизированное поисковое поведение.

Десоматизированное поведение в концепции Шура есть результат господства вторичных психических процессов как следствия нейтрали-

зации инстинктивной энергии. Напротив, ресоматизация реакций служит признаком регрессии Я, в ходе которой вторичные процессы уступают место первичным. При этом нейтрализованная энергия заменяется регрессивно денейтрализованной. В данном вопросе Шур следовал за Фрейдом, описывавшим конверсию как процесс превращения либидинозной энергии в энергию иннервации. Как правило, инстинктивные импульсы Оно рождают напряжение, которое Я превращает в «сигнальную тревогу», перерабатываемую в плане оценки реальности. Однако бессознательные побуждения – например, инцестуозного характера – для такой оценки недоступны, вследствие чего Я оказывается вынуждено к регрессии и «первично-процессуальному» способу реагирования. Данная регрессия может обрести физиологическую форму, что и представлено процессом ресоматизации. Таким образом, Шур рассматривал регрессию в качестве первого шага в развитии психосоматического заболевания, в которое дополнительно и на более поздних стадиях включаются телесные процессы (Schur, 1955).

Версия о регрессивной природе соматических реакций и симптомов получила среди психоаналитиков в середине XX столетия широкое распространение. Шпиц описал психосоматическое расстройство как продукт регрессии субъекта к наиболее ранней стадии развития – к архаическому состоянию неделимости психического и телесного. С точки зрения Шпица, данному процессу могут способствовать фиксации, возникшие в соответствующий ранний период, и именно они позволяют говорить о соматизации как вовлечении органики в схему невроза или психоза (Шпиц, Коблинер, 2000). Позднее Бэнсон сформулировал «гипотезу комплементарности», проводящую параллель между патологическими процессами в соматике и в психике. Согласно концепции Бэнсона, психосоматоз есть эквивалент психоза: соматические болезни представляют следствие регрессии в результате вытеснения, тогда как психозы – в результате проекции. Если в результате «первичного давления» защитных механизмов вместо проекции происходит вытеснение, инстинктивная энергия «сдвигается» в телесную сферу, активизируя импульс к последовательно углубляющейся соматической дезорганизации – от конверсии до глубочайшей регрессии в сфере митоза клеток (Bahnsen, 1986).

Представление Шура о соматизации как явлении, сопровождаемом определенной энергетической трансформацией, исходило из представлений Фрейда о конверсии и получило продолжение во взглядах Фэна. С точки зрения этого ученого, «прыжок в соматическую иннервацию» может быть осмыслен через представление о «мутации» психической энергии в нечто иное, задействованное в возникновении соматического

расстройства и питающее его развитие. Подобное превращение делает пациента более восприимчивым к фармакологическому лечению, чем к психотерапии. Его психическая структура основана на нарушенном Я или недостаточно организованном Сверх-Я, которое позволяет субъекту за счет психосоматической патологии удерживаться от личностной дезорганизации (Фэн, 2005).

Марти, другой представитель парижской психосоматической школы, выдвинул оригинальную концепцию психосоматического расстройства, определив соматизацию как прогрессирующую дезорганизацию. Его взгляды стали радикальным отходом от весьма популярной среди «аналитиков-психосоматиков» конверсионной модели: о них я очень кратко упоминал в главе 2.5. С точки зрения Марти, соматизация представляет защитный процесс, однако было бы ошибкой смешивать защиты Я, постэдипальные по своему характеру, и защиту жизни как таковой. Пациенты с несуществующим или недостаточно развитым Я оберегают свою жизнь с помощью единственно доступных им биологических механизмов. Этот процесс имеет место, кроме того, при пролонгированных психических дезорганизациях, которые влекут за собой дезорганизации соматические (Марти, 2005).

Как Фэн, так и Марти также высказывались в пользу версии о психосоматической регрессии, то есть о регрессивной сущности соматизации. Согласно концепции Фэна, формирование психосоматических симптомов обусловлено регрессией к примитивным защитным системам Я, сформированным еще на стадии недифференцированности психических и телесных процессов: в этом его точка зрения совпадала с представлениями Шпица (Fain, 1966). Ранние взгляды Марти, как уже упоминалось, основывались на предположении о внутриутробных фиксациях. Он прослеживал образование симптомов в соответствии с различными формами регрессии вплоть до фиксаций, возникающих при патологическом характере обмена эмоциональными посланиями между матерью и плодом во внутриутробной фазе (Marty, 1969); к этому же периоду относилась и его попытка установить корреляцию личностных черт, наблюдаемых при операторном мышлении, с психофизиологическим развитием субъекта (Marty, 1968). В дальнейшем он разработал теорию, согласно которой рождение механизмов первичной фиксации, обуславливающих возникновение психосоматических заболеваний, понимается как результат патогенного взаимодействия процесса эволюции и инстинкта смерти.

Марти основывал свои представления на понятии психосоматической эволюции, ставшем в определенном смысле аналогом фрейдовского «влечения к жизни». Феномены, описываемые Фрейдом как производ-

ные от «влечения к смерти», он определил как «контрэволюционные». Эволюция происходит в процессе активного психического функционирования, которое может наблюдаться в рамках как душевного здоровья, так и разного рода психопатологий. Соматическое расстройство возникает как свидетельство и результат недостаточности психической активности, патологической в том числе. Таким образом, дуализм Эроса и Танатоса в теории Марти был трансформирован в дуализм психической эволюции и соматической контрэволюции.

Как уже было отмечено, соматизация в представлении Марти есть защита жизни. Она является необходимым основанием для защиты Я и для его восстановления до тех пор, пока она носит регрессивный характер и сопровождает регрессию психическую. Но она перестает играть защитную роль, когда следует за психической дезорганизацией. Соматический симптом представляет не прямое сообщение: как и депрессия, обычно предшествующая психосоматическому заболеванию, он без ведома своего носителя выражает потребность или желание установить отношения с утраченным объектом. При соматизации регрессивного типа психический аппарат как бы блокируется и перестает функционировать на том уровне, на котором он соприкоснулся с непереносимым возбуждением: за этим следует депрессивная фаза и – впоследствии – кратковременная дезорганизация. Совершенно иначе протекает соматизация по типу прогрессирующей дезорганизации. Регрессивные остановки в этом процессе не происходят, и инстинкт смерти (соматическая контрэволюция) действует вплоть до физической смерти субъекта. Воспрепятствовать ему в этом случае может лишь спонтанная реорганизация, связанная с возрождением инвестиций, более или менее родственных утраченным – например, в результате психотерапии (Марти, 2005).

Гипотеза Марти неоднократно подвергалась критике, в частности, как не опирающаяся на строгие эмпирические данные и соединяющая в себе разнородные, плохо согласованные фрагменты различных концепций. Пожалуй, наиболее резко в ее адрес высказывались Томэ и Кехеле, утверждавшие, что в основу взглядов Марти положена чисто гипотетическая конструкция, недоступная эмпирическому подтверждению или даже проверке на правдоподобие на базе клинического опыта: об их позиции я также кратко упоминал в главе 2. «С одной стороны, – пишут эти авторы, – такие построения... совершенно непостижимы, но с другой – ими без всяких оснований руководствуется терапия» (Томэ, Кехеле, 1996, с. 646). Вновь не удержаться от комментария, подобного тому, который я позволил себе дать по поводу позиции данных специалистов в главе 2.5 первой части книги. Понимая и отчасти даже разделяя ее, я все-таки

замечу, что и многие «конструкции» Фрейда, на которых стоит здание современного психоанализа, также едва ли можно назвать экспериментально подтвержденными и доказанными. В отличие от медицины, чаще всего однозначно подтвердить или опровергнуть что-либо в сфере психоаналитического исследования может интуитивное понимание либо эмпатия, но не эксперимент.

Тем не менее следует заметить, что представления и о «психофизиологической регрессии», то есть о соматизации как регрессивном явлении, и о возврате к неким «точкам фиксации», поддерживаются далеко не всеми специалистами: похоже, что к концу XX столетия популярность данного взгляда существенно снизилась. Так, процитированные мною выше немецкие авторы замечают, что понятие телесной регрессии чуждо методологическому образу мыслей Фрейда, который в современном психоанализе остается направляющим; также – что термин «регрессия» сам по себе представляет лишь описательное обобщение. Если использовать его наряду с термином «фиксация» по отношению к психофизиологическим категориям, то возвратом на ранний уровень развития можно объяснить этиологию почти любого заболевания. Безграничное расширение понятия регрессии, сообщают Томэ и Кехеле, было связано с двумя тезисами: во-первых, с тем, что соматическая болезнь возникает при усилении и телесном проявлении описанного Райхом «панциря характера»; во-вторых, с представлением Шура о болезни как результате «ресоматизации», то есть возвращения от психического к первично-телесному. Концептуальной основой такого подхода служит идентификация инфантильных соматопсихических реакций с психосоматическими. Однако соматическая болезнь не может быть объяснена регрессией хотя бы потому, что физиология младенца имеет ряд принципиальных отличий от физиологии взрослого человека. К сожалению, до сих пор для большинства направлений психосоматической медицины применимость определенного подхода просто утверждается путем прямого отнесения причин болезни к тому или иному этапу раннего детства, что препятствует развитию более приемлемых теорий. «Концепция психофизиологической регрессии, или по крайней мере суть этой идеи, непригодность которой давно уже доказана Мендельсоном и другими... оказывается столь же бесконечной, как надежды на вечную жизнь, и, возможно, имеет тот же источник» (Томэ, Кехеле, 1996, с. 640).

Добавим, что в современном психоаналитическом мире существует тенденция к пересмотру классического понимания регрессии как возврата к инфантильным формам и способам функционирования и ее роли в развитии патологий не только телесных, но и психических.

В частности, представители интерсубъективного направления психоанализа – Роберт Столорю, Бернард Брандшафт и другие – ссылаясь на Силвермана, оспаривают правомерность описания психопатологий у взрослых через понятие регрессии. Эти авторы приводят в качестве примера аутизм: даже если взрослый аутист в детстве страдал от аналогичного состояния, термин «регрессия» не годится хотя бы потому, что оно сохранялось, по-видимому, в течение всей его жизни. Также, например, симбиотические желания и фантазии могут быть связаны с ранним периодом развития личности, однако то, что воображает и к чему стремится взрослый, не тождественно тому, что типично для маленького ребенка. Человек не «возвращается» к инфантильному периоду: просто его переживания формируются архаическими организующими принципами, действующими в целях защиты или возобновления развития. Регрессия в таком случае подразумевает лишь возобновление или продолжение активности организованных в прошлом структур (Столорю, Брандшафт, Атвуд, 1999).

Заметим в заключение, что и вопрос о целях и функциях соматизации нельзя в наше время считать закрытым, даже если речь идет о том, находится ли этот процесс на службе инстинкта жизни или инстинкта смерти; иными словами, ведет ли он личность к дезинтеграции, по крайней мере, в отдельных случаях, как полагал Марти, или, напротив, оберегает от нее, как доказывал Аммон. Служит ли телесный симптом средством бегства от невыносимых отношений с собой и с объектами или же единственным путем к их сохранению? В частности, исследуя младенческую экзему – одно из самых ранних психосоматических расстройств – Шпиц констатировал, что неизвестно, является ли она защитным барьером или попыткой адаптации. Она может быть способом воззвать к матери, заставить ее чаще прикасаться к младенцу; но может оказаться и формой нарциссического ухода от реального мира: благодаря экземе ребенок обеспечивает себе те соматические раздражители, в которых ему отказывает мать (Шпиц, Коблинер, 2000).

5. ПСИХОДИНАМИКА: КОНФЛИКТ ИЛИ ДЕФИЦИТ?

Можно ли сказать наконец, что же представляет собой психосоматическая личностная структура; идет ли речь об определенном конфликте, как утверждал Александер, или о некоей дефицитарности, своего рода «базисном дефекте», говоря языком Балинта? Для того, чтобы подойти к вопросу о проблематике homo somaticus, об особенностях его глубинных психологических процессов, поговорим о том, как и почему возникает психосоматическое расстройство – опять-таки скорее в психологическом аспекте, чем в медицинском. Мы используем в качестве концептуальной опоры наиболее распространенное понимание того, как формируется психосоматический симптом, что способствует его зарождению и эволюции. Он возникает, когда при сильной нагрузке на психодинамическое равновесие личности бессознательный материал внезапно прорывается в форме доэдипальных или эдипальных инстинктивных импульсов, и психологические защиты, имеющиеся в распоряжении Я, оказываются бессильны перед ними. Происходит регрессия (будем использовать данный термин, поскольку у нас нет пока более подходящего) до уровня примитивных предтеч аффектов, до наиболее ранних стадий жизни влечений и защитных механизмов, проявляющихся в соматической сфере. Такова самая приблизительная схема динамики психосоматоза в психоаналитической парадигме.

Выше уже упоминалось, что и психоаналитики, и врачи соматической ориентации весьма давно пришли к пониманию многофакторности этиологии психосоматических расстройств. Еще в середине девяностых годов позапрошлого столетия Фрейд указывал, что возникновение как психических, так и телесных заболеваний следует понимать как суммарный результат действия многих причин: предпосылки, причины специфической, причин сопутствующих, непосредственных, побудительных.

Предрасположенность к болезни, развивающаяся в течение всей жизни, обретает особую значимость как ее необходимая предпосылка – в противоположность внешним стимулам, которые играют роль побудительного фактора (Freud, 1895a). Дейч, описывая органический симптом как проявление нарушений соматического языка, сообщал, что данная предрасположенность есть следствие органического повреждения в раннем детстве или в пренатальном периоде, ведущего к ослаблению психического представительства тела и к недостаточности защит от инстинктивных влечений (Deutsch, 1953). Любан-Плоцца с соавторами, ссылаясь на Шепанка, называли в порядке убывания значимости следующие этиологические факторы развития психосоматозов: наследственность, раннее развитие, более поздние влияния (Любан-Плоцца, Пельдингер, Крегер, Ледерак-Хофман, 2000).

Психосоматические исследования второй половины XX века многократно подтвердили тезис Энджелла, согласно которому заболевание возникает и обостряется, как правило, вследствие стресса, обусловленного травмой потери объекта. Как уже говорилось, последнее понятие трактуется в психоанализе весьма, возможно, даже излишне широко: это может быть нанесенная обида, оскорбление, разлука, утрата любви, работы, близкого человека или чего-то иного, в отсутствие чего немислима гармония бытия. Речь может идти как о реальной потере, так и о воображаемой, переживаемой исключительно субъективно, кроме того – о потере еще не свершившейся, но лишь ожидаемой или угрожающей. Неустойчивая самооценка и уязвимость личности придает потере характер нарциссической травмы без возможности ее адекватной переработки. Энджелл и Шмэйл особо подчеркивали сопровождающее ее чувство беспомощности и безнадежности, определяя ситуацию как утрату психических защитных механизмов. Нередко перед началом заболевания субъект испытывает отчаяние, депрессию, упадок сил, ощущение «я никогда больше не буду в порядке». Данное состояние может включать лабильное или пессимистичное отношение к объектам, измененное восприятие внешней реальности и чувство того, что опыт прошлого никогда уже не пригодится и его связь с будущим разорвана навсегда (Engell, Schmale, 1967).

Ссылаясь на Фройбергера, Любан-Плоцца с соавторами называют следующие психодинамические характеристики психосоматического пациента: депрессивность, нарциссические нарушения, орально-регрессивные черты, агрессивные защитные механизмы, ограниченные интроспективные способности. Фройбергер обозначал эти факторы в совокупности как «прегенитальное нарушение созревания», кото-

рое, будучи дополнено алекситимией, и определяет так называемую «психосоматическую линию развития». Утрата объекта и связанная с ней нарциссическая травма иногда заставляет его использовать агрессивные защиты; этот процесс завершается соматизацией конфликта и ведет к развитию язвенной болезни, эссенциальной гипертензии, ревматоидного артрита и других органических патологий (Любан-Плоцца, Пельдингер, Крегер, Ледерак-Хофман, 2000). Нарушение привязанности и пассивное переживание разлуки приводит чаще всего к возникновению язвенного колита, болезни Крона, кардиофобии, булимии (Бройтигам, Кристиан, Рад, 1999).

Очевидно, что травма потери оказывается лишь последним звеном в цепочке факторов, делающих личность столь уязвимой перед ее переживанием; с другой стороны, человек может и избежать болезни, если не столкнется в жизни с подобными ситуациями. Нас интересует в первую очередь личностная структура индивида, предрасположенного к соматизации травмы – структура, при которой, по выражению Фэна, психика не работает в полной мере. Попробуем для начала найти нечто общее в психодинамике пациентов, страдающих различными, непохожими друг на друга заболеваниями – ни в коем случае не оспаривая при этом выдвинутый Томэ и Кехеле тезис о необходимости индивидуального подхода к истории болезни в каждом конкретном случае. Для этого рассмотрим очень кратко то, что известно психоаналитикам о нескольких «классических» психосоматозах – о каждом из которых, разумеется, можно было бы написать отдельный труд. Я использую для этого в основном литературные источники, содержащие максимально обобщенный материал многолетних исследований: книги Александра, Бройтигама с соавторами и Любан-Плоцца с соавторами.

Желудочно-кишечные расстройства. Еще Александр характеризовал питание как центральную ось детской эмоциональной жизни. С различными аспектами этой функции ассоциируются наиболее сильные чувства ребенка, и даже в зрелости те или иные фазы пищеварительного процесса остаются соединены с определенными эмоциональными установками. Быть накормленным означает быть любимым. С точки зрения Александра, страх голода служит ядром переживания опасности: он часто открыто выражается при тяжелых депрессиях и психоневрозах, хотя пациент не всегда способен его осознать. Другая фундаментальная установка, связанная с едой и голодом, – желание обладания и вытекающие из него чувства жадности, зависти и ревности. Обладание едой как первой формой собственности осуществляется ребенком через оральное поглощение; более позднее проявление оральной активности – ку-

сание – становится первым выражением враждебности. Эти импульсы оказываются источником чувства вины, которое обычно обнаруживается в качестве главной эмоциональной проблемы в психоанализе носителей желудочно-кишечных патологий. Они обычно подвергаются вытеснению ввиду своей запретности, отчего субъект пребывает в хроническом напряжении и находится под постоянным негативным воздействием на различные фазы пищеварительного процесса.

Исследователи из Чикагского психоаналитического института, наблюдая язвенных пациентов, пришли к выводу о специфической для большинства из них конфликтной ситуации: болезнь становится продуктом конфликта между желанием инфантильной зависимости и опеки и стремлением к силе и самодостаточности. Часто наблюдаемые у этих лиц черты – агрессивность, честолюбие, отклоняющее отношение к помощи, поддержке – рассматривались как реактивные, направленные против бессознательного желания зависимости и защищенного существования маленького ребенка. Решающим для них патогенным фактором признавалась фрустрация этих потребностей, которая превращала их в желание быть накормленным. Первым звеном в болезнетворной цепочке делалась тревога (реакция на внутреннюю опасность), представлявшая, согласно Фрейд, интернализированный страх (реакцию на опасность извне) – сигнал о том, что вытесненное готово проникнуть в сознание и угрожает целостности Я. Реакция на угрозу являлась эквивалентом уходу в беспомощность и пассивность. Желудок приходил в состояние хронической эмоциональной стимуляции; повышенная секреция в свою очередь вела к повышению уязвимости слизистой оболочки (Александр, 2000).

(Мыговориливышео том, что гипотеза специфичности Александра в наши дни утратила то значение, которым она обладала в середине XX века, однако многие его выводы и наблюдения разделяются до сих пор. Современные врачи, занятые проблемами психосоматической медицины, часто описывают психодинамику язвенной болезни через нереализованность орально-рецептивных желаний – безопасности, любви, заботы и т. д., – которые либо отвергаются из-за внутренней амбивалентности посредством повышенной активности, либо фрустрируются вследствие «внешнего отказа» в форме потери объекта или окружения (Бройтигам, Кристиан, Рад, 1999). Подчеркивается также значение агрессии в адрес объекта зависимости, описанное Гарма: согласно интерпретации этого исследователя, язвенная болезнь представляет собой интернализированную агрессивно-переваривающую мать, удерживающую ребенка в хроническом состоянии оральной регрессии. Ее доминирующей тенденцией было

стремление подавлять любые его запросы на автономию и препятствовать независимости. В фантазиях субъекта такая мать сочетает соблазнительные и преследующие черты. Образ ее реактивируется впоследствии в ходе регрессии, особенно в подростковый период; язвенный синдром становится выражением конфликта между влечениями и архаическим Сверх-Я, в котором доминирует ее интроект (Garma, 1953)).

Близким образом Александер описывал и психодинамику таких расстройств, как неврозы желудка, хроническая диарея, спастический и слизистый колит. Желудочные неврозы, то есть расстройства секреторной и моторной функций желудка и двенадцатиперстной кишки, предстают у него как продукт вытесненных тенденций к поиску помощи, который в свою очередь является результатом конфликта между детской потребностью в зависимости и взрослыми установками Я. Диарея и колиты – нарушения выделительных функций – есть производные конфликта, сосредоточенного вокруг требовательных орально-агрессивных и рецептивных желаний. Побуждение к отдаче находит выход через приступы диареи как замены деятельности, дающей объекту нечто реальное: оно служит искуплению вины за желание получить или отнять. Согласно наблюдению Александера, эти пациенты склонны часто проявлять беспокойство по поводу обязанностей или обязательств, потребностей отдавать и поддерживать, при этом избегают реального напряжения и труда, заменяя их инфантильной формой «дарения». Напротив, личность, страдающая хроническим запором, описывается Александером как обладающая обычно параноидными тенденциями, склонная к отвержению, пессимизму, меланхолическим и пораженческим настроениям. Эмоциональный подтекст ее симптома может быть раскрыт следующим образом: «Я ничего ни от кого не жду, держусь за то, что имею, и не собираюсь этого отдавать» (Александер, 2000).

Одним из наиболее «классических» психосоматозов признается язвенный колит. Изучая пациентов с этим заболеванием, Грейс и Грэхем замечали, что толстая кишка дифференцированно реагирует на стрессовые ситуации: при депрессивно окрашенных переживаниях ее функция снижается, при страхе перед агрессией – усиливается (Grace, Graham, 1952). Люди, больные язвенным колитом, часто происходят из семей с сильным симбиотическим оттенком взаимодействия; как следствие, они обладают весьма низкой самооценкой и толерантностью к неудачам, тенденцией к поиску зависимости и связей, обеспечивающих опору. Потеря последних переживается ими как экзистенциальная угроза существованию (Любан-Плоцца, Пельдингер, Крегер, 1996). Как описывал этих пациентов еще Александер, ссылаясь на Мюррея, Дэниэлса,

Стерлинг и ряд других исследователей, они характеризуются обычно нарциссической личностной структурой, суицидальными тенденциями, бедностью межличностных отношений. Им свойственна регрессивная догенитальная эмоциональная организация, анальные черты характера, слабые интегративные способности Я и высокая зависимость от материнского объекта в сочетании с сильной амбивалентностью к нему. Симптом язвенного колита представляет, с точки зрения Стерлинг, соматическую драматизацию меланхолии: организм атакуется враждебным инкорпорированным объектом и пытается освободиться от него путем анальной разрядки (Александр, 2000). Другие аналитики также подчеркивали роль меланхолических (депрессивных) переживаний в этиологии данного заболевания: так, Линдемманн и Энджелл видели в нем телесный эквивалент непреодоленной разлуки и печали. Перед его началом, по некоторым данным, у 60 % больных возникали депрессивно окрашенные жизненные ситуации, связанные с реальной или воображаемой потерей объекта: им довелось перенести смерть близкого человека, утрату сексуального партнера, разлуку, смену привычного окружения, переезд на новое место жительства, что вызывало болезненную реакцию печали при сильной неизжитой привязанности (Любан-Плоцца, Пельдингер, Креггер, 1996).

Расстройства дыхательных путей. Среди респираторных расстройств и болезней наиболее типичным психосоматическим заболеванием считается бронхиальная астма. В литературе, посвященной проблемам психосоматики, многократно указывалось, что в человеческом организме запечатлено приравнение дыхания к автономному, зрелому существованию; кроме того – что дыхание представляет средство самовыражения личности, отражая многие протекающие в ней аффективные процессы. В свое время Вайс выдвинул популярную и в наши дни теорию, согласно которой астматический приступ есть эквивалент подавляемого плача, которым ребенок взывает к матери, протестуя против утраты защищенности. Подтверждением ей может служить тот факт, что многие больные астмой действительно испытывают серьезные трудности с плачем, причем, если они все же позволяли слезам появиться, их приступы прекращались.

Френч, кроме того, замечал, что астматики испытывали в терапии немедленное улучшение, если признавались в чем-то, вызывавшем у них чувство вины, и не встречали отвержения со стороны собеседника. Комментируя данное наблюдение, Александр писал, что признание такого рода способствует формированию зависимой привязанности к терапевту, которая до того была нарушена переживанием вины. Ребенок подавляет в себе слезы, поскольку боится материнского отказа и упре-

ков. Плач есть средство весьма интимной коммуникации; он предполагает предельное сближение с матерью, которое сопряжено со страхом. Пациент также пребывает в состоянии конфликта между желанием сближения и страхом перед таковым. Признание с помощью слов есть использование акта выдыхания, посредством которого взрослый человек достигает того же результата, что ребенок – посредством плача (Александр, 2000). Де Боор также называл в качестве важного этиологического фактора развития астмы ранние нарушения детско-материнских отношений, рождающие конфронтацию желания нежности и страха перед нею; Марти описывал соответствующую патогенную ситуацию как конфликт владения и отдачи, то есть сближения и отстранения (цит. по: Любан-Плоцца, Пельдингер, Креггер, 1996).

Данный конфликт, связанный с неразрешенной зависимостью от матери, многие психоаналитики рассматривают в качестве психодинамического ядра бронхиальной астмы. Вытесненная зависимость, как отмечал Александр, является постоянной чертой этих пациентов. Матери будущих астматиков нередко слишком рано пытались приучить своих детей к независимости, однако эти попытки давали результат, обратный желаемому: ребенок переживал их как знаки отвержения и при угрозе их появления стремился еще сильнее уцепиться за мать. Разумеется, его чувства к ней при этом характеризовались сильной амбивалентностью. В отличие от больных, например, язвой астматики выражают своим симптомом не столько желание быть накормленным, сколько потребность в защите и в окруженности заботой. В их фантазиях прослеживается тема не еды и насыщения, а внутриутробной жизни: они изобилуют символикой воды, пещер и других закрытых со всех сторон (защищенных) мест. Приступ астмы вызывается обыкновенно переживанием угрозы потери защиты, то есть отделения от материнского объекта, которое возникает в связи с враждебными импульсами в адрес последнего (Александр, 2000).

Расстройства опорно-двигательного аппарата. В ряду этих заболеваний к психосоматозам традиционно относят ревматоидный артрит. Согласно наблюдениям Александра, больные артритом характеризуются повышенной склонностью к физической активности и значительными трудностями в обращении с собственной агрессией. Им обыкновенно свойственны самоограничения в отношениях, в поведении; весьма типичен строгий контроль над собственными эмоциональными проявлениями и стремление к «благотворительному» контролю над окружающими людьми. Их тенденция к опеке других выглядит как сплав потребности в доминировании и мазохистического желания служения: она напоми-

нает тенденцию поведения авторитарной матери по отношению к детям (не случайно матери, страдающие артритом, склонны обычно жестко ограничивать моторную активность детей). Большая часть этих пациентов – женщины, у которых болезнь нередко начиналась, когда в результате сильного переживания (например, в связи с разводом) обострялась бессознательная враждебность к мужскому полу, или когда вообще те или иные события активизировали латентную агрессию и чувство вины. Вина способствовала усилению внутренних запретов и не позволяла агрессивным импульсам выразиться свободно.

Общим психодинамическим фоном развития артрита является враждебный протест против любых форм принуждения и контроля. Ссылаясь на работы Хэллиеда, Александр описывал родителей пациента (по крайней мере одного из них) как холодных, властных и принуждавших ребенка к постоянному самоограничению (согласно Любан-Плоцца с соавторами, в семьях больных было характерно сочетание холодной, авторитарной матери и слабого, подавленного отца (Любан-Плоцца, Пельдингер, Крегер, 1996)). Главными чувствами последнего в данной ситуации являлись страх и невыражаемый, сдерживаемый предельной зависимостью бунт. Наиболее естественной примитивной реакцией на фрустрацию в раннем детстве является беспорядочная моторная разрядка; однако если она связана с чувством вины и страхом, вместо нее возникает эффект психологической «смирительной рубашки» и глубоко подавленной ненависти. На первой стадии ненависть контролируется или сублимируется, затем реактивным путем трансформируется в потребность помогать и угождать; при этом возрастает ригидность опорно-двигательного аппарата. Однако данная тенденция хрупка и неустойчива. Хронически сдерживаемая агрессия становится все менее контролируемой и способствует повышению мышечного тонуса, на почве чего при участии прочих факторов и развивается артрит (Александр, 2000). Началу заболевания может предшествовать кризис в межличностных отношениях, утрата близкого человека, проблемы собственного авторитета – в целом любое сильное психическое воздействие (Бройтигам, Кристиан, Рад, 1999).

Заболевания кожного покрова. Кожа служит важнейшим органом выражения эмоций: хорошо известно, как легко она может краснеть, покрываться мурашками, создавать субъективное ощущение холода («мороз по коже») или, наоборот, жара. Кожа поэтому весьма подвержена, в частности, конверсионным влияниям в виде анестезий, парестезий, гиперестезий. В данном аспекте можно говорить о кожном покрове как о «зеркале человеческой души». С другой стороны, кожа выполняет

и еще одну важнейшую функцию – функцию границ. Представляя собой совокупность границ индивида, то есть телесного Я, она отделяет Внутреннее от Внешнего и открыта для воздействий со стороны как того, так и другого. В этой роли она служит индивиду органом коммуникации с окружающим миром. Тактильная связь – связь через соприкосновение – есть наиболее ранняя форма взаимодействия младенца и матери. Эта архаичная фаза психосексуального развития, возможно, предшествующая оральной, была описана Дидье Анзье в работе «Кожное Я» как «тактильная стадия»: задачей ее является поддержание контакта тела ребенка с материнским телом и примитивная оценка внешней реальности по параметрам «мягкое – твердое» и «теплое – холодное». «Мягкое» и «теплое» переживается как знаки благополучия, «твердое» и «холодное» – соответственно как угроза смерти.

Заболевания кожного покрова, в первую очередь нейродермит (экзема), могут, таким образом, рассматриваться с психоаналитических позиций как нарушения границ человеческого Я, то есть как симптомы трудностей коммуникации между Внутренним и Внешним. Данный тезис подтверждается, в частности, тем фактом, что у многих людей, страдающих этими расстройствами, отмечена необыкновенно высокая склонность к идентификациям с другими людьми – очевидно, связанная со сниженной способностью к отграничению себя от объекта (то, что Фэн описывал как «аллергическое отношение»). Потеря отношений, характеризующихся подобными степенями идентификаций, может вызвать у субъекта реакцию деперсонализации или спровоцировать телесный (кожный) симптом (Любан-Плоцца, Пельдингер, Крегер, Ледерак-Хофман, 2000).

Соответственно кожные заболевания развиваются, как правило, вследствие конфликтов не столько интрапсихических, сколько коммуникативных, то есть внешних. Так, замечено, что нейродермит обыкновенно сопутствует ситуации разлада партнерских отношений, разлуки с близкими или появления эмоционально притягательных объектов; часто его симптомы возникают при переживании ожидания, желания близости и его фрустрации вследствие отказа или собственной амбивалентности (Бройтигам, Кристиан, Рад, 1999). В предшествующей главе приводился пример пациента с нейродермитом, бессознательно использовавшего собственную кожу как заменитель отсутствующего реального объекта (Томэ, Кехеле, 1996). Есть данные, согласно которым симптоматика нейродермита и экземы бывает связана с садомазохистическими и эксгибиционистскими наклонностями. Эксгибиционистские тенденции используются субъектом как оружие в соперничестве и возбуждают не-

выносимое чувство вины. При этом кожа как инструмент эксгибиционизма подвергается «наказанию» в виде симптома (Александр, 2000).

Склонность к усиленным кожным реакциям, или «повышенная либидиновая загрузка» телесных границ, рассматривается как следствие раннего дефицита в сфере тела и ощущений. Обычно она развивается у детей в семьях, где тактильный контакт был либо недостаточен, либо, наоборот, избыточен – без учета реальной потребности младенца в материнских прикосновениях. Для них довольно характерна ситуация отсутствующего отца (человека, который постоянно был занят делами более важными, чем ребенок) и холодной, отвергающей матери, которая либо манифестировала отчуждение от младенца, либо гиперкомпенсировала его (Пезешкиан, 1996). Динора Пайнз отмечала также, что ее пациентки с дерматологическими расстройствами нередко рассказывали о болезненных утратах объекта и его нескончаемых оплакиваниях, которые в итоге находили выражение в раздраженной или увлажняющейся («плачущей») коже (Пайнз, 1997).

Сердечно-сосудистые расстройства. Множество бытовых речевых оборотов и поговорок свидетельствует о теснейшей связи сердечной деятельности с эмоциональной сферой: сердце может прыгать от радости, замирать или уходить в пятки от страха, учащать биение от волнения и т. д. Влюбленные, вероятно, во все века выражали свои чувства фразами «мое сердце принадлежит тебе», «сердца наши бьются в унисон», «ты разбиваешь мне сердце» – этот перечень бесконечен. Еще древние греки полагали сердце средоточием аффектов и страстей; атомисты считали его органом гнева, Платон – местом пребывания храбрости и честолюбия и одновременно – центром тревоги по поводу собственных неприемлемых побуждений (заметим явную переключку последнего тезиса с психоаналитическими теориями страха). Среди расстройств сердечно-сосудистой системы в поле внимания психоаналитиков традиционно находятся такие, как гипертония, инфаркт миокарда, тахикардия и аритмия, а также кардионеврозы (фобический и контрфобический невроз сердца).

Эссенциальную (основную) гипертонию и Александр, и более поздние авторы описывали как продукт конфликта между агрессивными импульсами в адрес объекта и чувством зависимости от него (Александр, 2000; Любан-Плоцца, Пельдингер, Креггер, 1996; Пезешкиан, 1996). Александр связывал это заболевание с желанием открытого выражения агрессии при потребности в пассивном и адаптивном поведении, поскольку круг поведенческих характеристик больных гипертонией часто включает предельную уступчивость, ориентацию на социальный успех и избегание конфликтных ситуаций. Хроническое сдерживание агрессив-

ных импульсов, связанное с высокой тревожностью, влияет на уровень их кровяного давления. Как правило, они мало способны свободно выражать враждебность, несмотря на то, что иногда допускают отдельные вспышки ярости: переживания прошлого обычно заставляют их вытеснять подобные побуждения (Alexander, 1939). Сильный конфликт между враждебными позывами и компенсаторными пассивно-зависимыми наклонностями обнаруживается во многих анализах гипертоников. Эти противоположные тенденции одновременно стимулируют и блокируют друг друга, вызывая своего рода эмоциональный паралич. Их трудности в обращении с агрессией ведут также к вытеснению тенденций самоутверждения и лишают способности выразить их в приемлемой форме. Сдерживание агрессии провоцирует рост ее интенсивности, что в свою очередь приводит к еще более жесткому сдерживанию, и таким образом замыкается порочный круг (Александр, 2000).

Принято считать, что истоки подобной проблематики принадлежат ситуации повышенной требовательности и жесткого контроля со стороны родителей по отношению к ребенку, от которого всегда ждут лишь послушания и уступчивости и который всегда вынужден подавлять агрессивные импульсы из страха потери любви (Пезешкиан, 1996). В зрелости фактором, провоцирующим развитие болезни, обычно становится состояние хронического напряженного ожидания, в котором человек ощущает необходимость быть готовым всегда и ко всему. «Пусковым механизмом» делаются жизненные конфликты, мобилизующие враждебность и стремление к самоутверждению, в условиях реально существующей возможности их выражения и одновременно невозможности внутренней. Чувство зависимости принуждает агрессию и честолюбие к исключительно латентной форме присутствия (Бройтигам, Кристиан, Рад, 1999).

Близкая психодинамика, согласно Александру, наблюдается в случаях аритмии и тахикардии: в этих расстройствах особо важными эмоциональными факторами служат хроническая свободно плавающая тревога и вытесненные враждебные импульсы. Враждебность порождает тревогу; тревога усиливает враждебность. (Сравнивая данные патологии с гипертонией, Александр замечал, что не следует жестко разграничивать органические и функциональные расстройства сердечной деятельности: иногда даже при диагнозе «чисто невротической» сердечной симптоматики у пациентов со временем развивается тяжелое заболевание) (Александр, 2000).

Инфаркт миокарда, согласно наблюдениям Фройбергера, часто сопутствует разочарованию в межличностных отношениях с выраженным характером расставания, а также при профессиональных неудачах с от-

четливым эмоциональным компонентом потери. Этот последний обычно сопровождает подобные неудачи, так как личность, склонная к инфаркту, как правило, гиперадаптирована к миру своей профессии и работы и воспринимает успехи в нем как залог защищенности и здоровья. Подобные варианты потери объекта переживаются ею как нарциссические травмы, поскольку нарциссические аспекты (нарушения) индивида не оставляют ему возможности подвергнуть их адекватной психической переработке. Его внешняя уверенность в себе, сила, благополучие обнажают глубоко лабильное самовосприятие, имеющее яркий депрессивный оттенок (цит. по: Любан-Плоцца, Пельдингер, Крегер, 1996).

Среди кардионеврозов (неврозов сердца) обыкновенно выделяется фобический и контрфобический невроз. Их психодинамика рассматривается как идентичная, несмотря на диаметрально противоположность внешних проявлений. Пациенты, страдающие фобическим кардионеврозом, предъявляют врачу множество жалоб со стороны сердца, сопровождаемых нередко сильным страхом смерти: усиленное сердцебиение, замирание или сжатие в груди, колющие боли, нехватка воздуха, потливость, тошнота, чувство беспомощности и т. д. Они убеждены, что страдают тяжелой сердечной патологией, ипохондричны, цепляются за зависимость от врачей и препаратов, несмотря на то, что медицинское обследование, как правило, не выявляет у них никаких органических нарушений. При контрфобическом кардионеврозе пациент, напротив, демонстрирует силу, самодостаточность, пренебрежительное отношение к своей проблематике: против тревоги он использует формирование реакции. Однако в обоих случаях в качестве психодинамического ядра симптома рассматривается конфликт между стремлением расстаться с объектом и страхом его потерять (Любан-Плоцца, Пельдингер, Крегер, 1996). Просьба такого больного «вылечите меня» содержит оба полюса этого конфликта: в ней выражается как потребность в помощи и поддержке, так и желание освободиться от помогающего объекта через выздоровление. Пациент, страдающий кардионеврозом, стремится привязать лечащего врача к себе, хотя и разными средствами: фобический – сочувствием, контрфобический – уважением к своей силе.

Бройтигам с соавторами описывают кардиофобические неврозы как занимающие в нозологическом плане место между фобиями и неврозом страха (замечая, что вследствие готовности к диффузному развитию страха они находятся все-таки ближе к последнему). Фобический симптогенез определяется фиксацией страха на сердечной деятельности вследствие соматически смещенного конфликта между побуждением к разрыву и защитой от связанных с ним невыносимых переживаний.

Этот конфликт, согласно наблюдениям названных авторов, присущ личности с высокой степенью амбивалентности, которая, с одной стороны, способна к самозащите, с другой – испытывает ограниченность своих возможностей и угнетающую зависимость. Он активизируется ситуацией всего, что в представлении больного ассоциируется с одиночеством.

Те же авторы сообщают, что в этиологии кардионеврозов существенную роль играет симбиотический характер отношений с матерью – в особенности для молодых мужчин. К этим расстройствам обычно предрасположены пациенты, бывшие в семьях единственными детьми и имевшие мало возможностей завязать отношения за их рамками. Долговременные контакты с одним человеком (матерью) вели их к ощущению своей несамостоятельности и к особым трудностям в ситуации разлуки. Как отмечал еще Фрейд, речь в таком случае идет не столько об отвержении, сколько об общей изнеженности, которая позднее лишает человека способности отказаться от любви или по крайней мере временно довольствоваться меньшим. Для них особенно неблагоприятно чередование привыкания к объекту и резкого расставания с ним. Далеко не бесспорно то, что в детстве все они переживали травматические разрывы отношений: проблема разлуки не отвечает реальной чрезмерной нагрузке. Проблема состоит в *хроническом ожидании* разлуки, которой субъект желает и боится одновременно (Бройтигам, Кристиан, Рад, 1999).

Расстройства пищевого поведения (питания). Как уже упоминалось в связи с проблемой желудочно-кишечных расстройств, в детском переживании чувства сытости, любви и безопасности, по-видимому, нераздельны. Прием ребенком пищи делается опытом отношений с матерью, следующим непосредственно за тактильным контактом. Психофизиологические ритмы ребенка диктуют ей ритм кормления, который она обеспечивает при наличии качества «достаточно хорошей матери» – то есть способности эмпатийно ощутить его потребности, почувствовать его как телесное продолжение себя самой. Если это первичное взаимодействие нарушено, если мать склонна навязывать младенцу свои ритмы или неспособна к созданию необходимой ему эмоциональной атмосферы, не сопровождает кормление любящим взглядом – он может начать отвергать ее грудь, реагируя спазмами или рвотой, либо глотать молоко компульсивно, как бы не насыщаясь. Расстройства пищевого поведения в зрелом возрасте обычно рассматриваются психоаналитиками как производные этих ранних дефектов коммуникации. Объектами психоаналитического рассмотрения в данной группе наиболее часто становятся нервная анорексия и булимия.

Периодическая или хроническая потеря аппетита и отказ от еды наблюдаются при многих неврозах и психозах, особенно – при реактивной депрессии, в депрессивной фазе маниакально-депрессивного психоза, при шизофрении, становясь иногда главным или даже единственным симптомом болезни. Ссылаясь на Рамана, Ричардсона и Рипли, Александер отмечал огромное разнообразие невротических наклонностей у лиц с психогенной потерей аппетита, наличие у них выраженных obsessивных, компульсивных, депрессивных и шизоидных черт характера (Александер, 2000). Диагноз анорексии как таковой ставится обычно при радикальном отказе от питания и потере до 40 % веса: в подавляющем большинстве случаев это заболевание наблюдается у женщин в возрасте от 15 до 25 лет. Также в большинстве случаев для него характерно, к сожалению, отсутствие осознания болезни: представление «я должна похудеть» является Я-синтонным и нередко приводит жертву на грань летального исхода. Известно, что по этой последней причине Фрейд исключал анорексию из перечня психопатологий, в лечении которых показан аналитический метод: он предпочитал не работать с носителями симптомов, опасных для жизни и здоровья.

Существует несколько пониманий психодинамики анорексии и по крайней мере несколько аспектов, в которых она может быть рассмотрена. Александер описывал в качестве ее раннего прототипа отказ младенца от груди и называл особо важными факторами ее развития зависть и ревность как производные потребностей инкорпорации и владения. В аспекте интерсубъективности анорексия может представлять результат конфликта амбивалентности в отношении к матери, в котором присутствует стремление к сближению наряду со страхом перед ним. Симптоматика в этом случае есть выражение аутоагрессии как наказания себя за желание расстаться с матерью либо итог отказа от удовлетворения (насыщения) как следствия вытеснения импульсов к агрессивному обладанию. Здесь явно угадывается сходство со схемой, которой Александер объяснял нервную рвоту: последняя возникает как производная интенсивного чувства вины в связи с желанием поглощения и как попытка отдачи того, что было инкорпорировано в бессознательных фантазиях (Александер, 2000). Пезешкиан, ссылаясь на Лоха, также рассматривал тотальный отказ от пищи как защиту от орально-агрессивных тенденций: «Бытие плохой совести не может предоставить удовлетворение этих потребностей» (Пезешкиан, 1996, с. 122). С другой стороны, такой отказ может быть бессознательной попыткой добиться любовной заботы или установить контроль над членами семьи.

В интрапсихическом аспекте симптом анорексии может выражать «оральный протест», являющийся не просто подавлением оральной агрессивности, но отрицанием всех оральных потребностей как таковых. Возможно, он рождается как отчаянная попытка утверждения собственного Я и автономии: субъект бессознательно воспринимает прием пищи, ассоциирующийся у него с материнской заботой, как согласие с доминированием материнского Я над своим собственным. «Оральный протест» может, кроме того, означать попытку уничтожения своего тела как защиту от телесных (инстинктивных) потребностей. В пользу данной версии говорит тот факт, что анорексия нередко возникает после первого сексуального опыта, который носил травматический характер, однако не был адекватно переработан и с этого времени стал переживаться как угрожающий. Манifestная защита против инстинктного удовлетворения при этом переместилась на оральный уровень как наиболее архаичный (Любан-Плоцца, Пельдингер, Крегер, Ледерак-Хофман, 2000).

В клиническом случае, описание которого приводят Томэ и Кехеле, нарушение питания наряду со многими другими поведенческими изменениями возникло у пациентки вследствие тотального отвержения либидинозных желаний. Свобода ее Я от тревоги достигалась путем отрицания опасных аспектов реальности и подавления либидо. Чувство голода являлось для этой женщины прототипом всех телесных потребностей; оральный аскетизм как способ их отрицания помогал преодолеть тревогу. В ее бессознательном еда была связана с идеей плодородия. Анорексия возникала как следствие отвращения к процессу глотания, который ассоциировался с уничтожением жизни и потому отягощался чувством вины. Отказ от еды в ее случае описывался формулой: «Я живу за счет моих собственных неистощимых запасов... Я возникла из ниоткуда, и поэтому смерть мне не угрожает» (Томэ, Кехеле, 1996, с. 609).

Согласно другому наблюдению, началу болезни в большинстве случаев все же не предшествуют травмы или какие бы то ни было резкие перемены в судьбе: речь идет лишь о препятствовании решению новых задач, возникающих в процессе физиологического созревания или психосоциального развития. Странники данной версии созвучны Александру, писавшему об анорексии: «Мы имеем дело с сопротивлением организма новой адаптации, которую требуют изменившиеся условия» (Александр, 2000, с. 86). На определенном этапе девушке предстоит прекратить детские отношения с родителями, выйти за пределы их семьи – что в силу ряда причин может восприниматься ею как недостижимое или запретное. Анорексия возникает как следствие особого восприятия или неприятия женской роли в пубертате: женщина из-за некоторых особенностей лич-

ностной структуры оказывается не готовой к зрелости. Симптоматика ее выражает протест или борьбу против зрелой женской сексуальности, используя то обстоятельство, что при анорексии через некоторое время теряются нормальные формы женского тела. Ее реакция представляет «соматический отказ»: таким путем она приводит себя к образу никому не интересной «сексуальной нейтральности», и сексуальные проблемы отходят для нее на второй план по сравнению с идеей уменьшения веса (Бройтигам, Кристиан, Рад, 1999). Как составная часть защиты от женственности здесь может усматриваться и защита от представлений о будущем материнстве, сопровождаемых фантазиями о «злокачественной беременности»: эти последние вступают во взаимодействие с инфантильной фантазией орального оплодотворения и принуждают к отказу от еды. Обобщая эти взгляды, можно сказать, что симптом анорексии так или иначе отражает попытку отрицать естественный процесс взросления и оставаться ребенком, девочкой-подростком – из чувства бессилия перед миром взрослых или же из страха покинуть детство, в котором осталось слишком много нерешенных проблем.

По поводу особенностей детства больного анорексией также нет единой точки зрения: по-видимому, история его личности всегда индивидуальна. Наиболее часто семьи этих пациенток описываются как жестко ориентированные на социальный успех и характеризующиеся гиперопекой и гиперконтролем над ребенком. При напряженной атмосфере отношений в них всеми силами поддерживалась видимость полного согласия и благополучия, на которую не разрешалось посягать. Отрицание конфликтов не позволяло вырабатывать пути их адекватного разрешения. В таком случае, как пишут Любан-Плоцца с соавторами, ссылаясь на Миначина, симптоматика анорексии может отражать борьбу за власть между родителями и дочерью при «связанных руках» последней: тело оказывается для нее единственной сферой, в которой она еще способна отграничиться от родительских посягательств и удержать автономию (Любан-Плоцца, Пельдингер, Крегер, 1996). Иными словами, она бессознательно делает то же, что вполне обдуманно осуществляют люди, выражающие протест голодовкой.

Булимию, то есть навязчивый прием пищи, чередуемый обычно с искусственно вызываемой рвотой или дефекацией, называют иногда тайной сестрой анорексии, так как страдающие этим расстройством порой годами скрывают от окружающих приступы переедания. Последние, в отличие от стремления похудеть, как правило, Я-дистонны. Как и анорексия, булимия встречается преимущественно среди женщин. Еще Александер замечал, что данные заболевания нередко сочетаются в силу

их генетической близости: ядром психодинамики обоих служит конфликт желания любви и агрессивных импульсов поглощения. Некоторые авторы рассматривают булимию и анорексию как два полюса одного и того же расстройства – дизорексии; другие, однако, утверждают, что булимия принципиально отличается от анорексии отсутствием навязчивой потребности снижения веса (Любан-Плоцца, Пельдингер, Крегер, Ледерак-Хофман, 2000).

Разграничение этих болезней, по-видимому, все же обосновано хотя бы потому, что в отличие от аноректиков люди, склонные к навязчивому питанию, обладают в своем большинстве характерными личностными чертами: склонностью к апатии и мрачному отчаянию, тенденцией к бегству в одиночество. Свое состояние перед началом приступа они описывают обычно как чувство пустоты, скуки, печали, разочарования в людях и в себе. Трудноопределимое внутреннее напряжение находит разрядку в процессе еды. Еда становится для них лишь средством компенсации глубокого внутреннего дефицита или вакуума: процесс ее поглощения временно позволяет сместить аффект в фазу, свободную от депрессии. Ее стабилизирующее влияние обыкновенно объясняется в терминах раннего орального удовлетворения, то есть возврата к материнской груди (Бройтигам, Кристиан, Рад, 1999). Согласно результатам некоторых анализов, иногда в развитии булимии играют роль фантазии о беременности, в других же случаях она призвана выразить отказ от женственности, ассоциативно связываемой со страданием (Александр, 2000).

Другие расстройства. Нарушения функций щитовидной железы – гипертиреоз и тиреотоксикоз – как и все психосоматозы, обусловлены многими факторами, однако среди них не последнее место занимает травма потери объекта и эмоциональный конфликт. Как сообщает Александр, Льюис обнаруживал у женщин с этими заболеваниями выраженные инцестуозные фиксации на отцовской фигуре и значимую роль фантазий о беременности; у одного пациента-мужчины с женской идентификацией – инвертированный эдипов комплекс и гомосексуальные стремления. Конрад отмечал крайнюю степень зависимости женщин и отдельных мужчин от матерей. Исходной психической причиной развития болезни во многих случаях, по-видимому, была сильная угроза безопасности в раннем детстве или младенчестве, связанная с выраженным страхом смерти. Потребность ребенка в зависимости фрустрировалась родительскими установками, отвержением или более сложными конфликтами, связанными с чувством вины. Как следствие, имела место его попытка преждевременной идентификации с родителем ради обре-

тения силы последнего, обреченная на неудачу из-за ограниченности возможностей, а в дальнейшем – постоянная борьба с тревогой путем развития псевдоуверенности в себе (Александр, 2000). Другие авторы также сообщают о хроническом внутреннем напряжении, сопровождающем жизнь этих больных; в качестве его основного источника они называют раннее принуждение ребенка к уровню самостоятельности, к которому он не был готов – через конфликты, развод, потерю родителя и т. д. (Любан-Плоцца, Пельдингер, Крегер, 1996).

Близкая психодинамика нередко наблюдается в развитии сахарного диабета: исследования страдающих им пациентов еще в первой половине XX столетия позволили описать это заболевание как реакцию на необходимость смены инфантильно-зависимого состояния на более зрелое. Больные диабетом, согласно наблюдениям Данбар, пассивны и часто склонны регрессировать к зависимым отношениям; тенденции к самостоятельному функционированию у них, как правило, являются чисто внешними (Dunbar, 1943). Как сообщает Александр, базисный конфликт диабетика связан с насыщением и выражается в чрезмерных агрессивных орально-инкорпорирующих тенденциях. Импульсы эти могут проявляться как отторжение еды и связанный с ним рост потребности в дополнительном утолении голода; как чрезмерные требования рецептивного характера в отношениях. При заболевании пациент испытывает страх, чувство неполноценности, усиление потребности в заботе; его реакция может проявляться также в виде параноидной, депрессивной или ипохондрической симптоматики. В дальнейшем обострение клинических проявлений становится результатом эмоциональных стрессов разного рода (Александр, 2000).

Еще одно расстройство, часто сопутствующее столкновению с трудной жизненной проблемой или невыполнимым требованием – психогенная головная боль. Со времени исследований, проводившихся Зелински, известно, что она часто возникает при попытках решения задач, по сложности превосходящих способности субъекта (Selinsky, 1939). Фрида Фромм-Райхманн описывала приступ мигрени как перенаправленный пациентом на себя под давлением чувства вины импульс враждебности, который первоначально был адресован некоей интеллектуально превосходящей личности (Fromm-Reichmann, 1937). Роль вытесненных импульсов гнева в возникновении головной боли вообще и мигрени в частности подчеркивал и Александр: с его точки зрения, данный симптом становится продуктом конфликта агрессии и разнородных факторов, делающих ее прямое выражение невозможным. При том, что головная боль может иметь множество символических и не-символи-

ческих значений, она часто прекращается непосредственно после того, как гневу дается выход (Александр, 2000).

Разумеется, мы перечислили лишь малую часть расстройств, которые могут быть отнесены к категории психосоматических – даже если не брать в расчет представление, согласно которому психосоматическим является любое заболевание. Подобная задача в рамках данной работы была бы невыполнимой. Однако и приведенного достаточно, чтобы попытаться найти в их этиологии нечто общее – пусть даже рассуждая пока в рамках модели конфликта, которая многими в наше время рассматривается как устаревшая, – то общее, что поможет нам понять единую для них тенденцию к соматизации в психическом аспекте. В истории развития всех или почти всех рассмотренных болезней играет роль неразрешенная зависимость от реального объекта наряду с компонентом враждебности в отношении к нему. Очевидно, что ситуация неразрешенной зависимости подразумевает неразвитость либо недостаточность психологических функций Я или, иными словами, слабость Я. Можно допустить, что, описывая «человека соматического», мы ведем речь о личности в хроническом состоянии *конфликта враждебности к объекту и зависимости от него* – конфликта, разрешить который не позволяет некий интрапсихический дефицит.

Подчеркну особо, что данный конфликт ни в коем случае не следует смешивать с понятием амбивалентности как продукта синтеза любовных и агрессивных чувств: любовь и ненависть сплавлены в подлинном, целостном отношении к объекту, и амбивалентность подразумевает, что объект этот занял устойчивое место во внутренней реальности. В той ситуации, о которой мы ведем речь, подобного не произошло: объект остается внешним по отношению к психическому субъекту, как и тело последнего, и зависимость от него никак не связана с любовью. Для «человека соматического» потерянный объект – не личность, а утраченная функция собственного Я. *Враждебность к объекту является не противоположным полюсом зависимости, а ее прямой производной.*

Здесь можно вновь провести параллель между психосоматической и обсессивно-компульсивной личностной структурой: возможно, сходство многих внешних проявлений их обладателей все же обуславливается генетически, хотя вряд ли корректно было бы полностью их отождествлять. Базовый конфликт обсессивно-компульсивной личности в описании Мак-Вильямс представляет конфронтацию гнева, находящегося под неусыпным контролем, со страхом осуждения и наказания – что весьма близко к предполагаемому нами для психосоматического субъекта. Точно так же, согласно замечанию этого автора (со ссылкой на Мак-

Киннон и Мичелс), терапевтов обычно поражает, насколько данные аффекты у подобных пациентов подавлены или рационализированы (Мак-Вильямс, 1998); и точно так же, как психосоматическая личность, обсессивно-компульсивные индивиды, согласно сообщению Хаммер, используют слова не столько для выражения, сколько для сокрытия чувств (Hammer, 1990). Разница между ними состоит в том, что при обсессивно-компульсивной структуре патогенный объект интернализован в психику, а не в тело.

Труднее точно определить, в чем заключается суть дефицита, не позволяющего конфликту разрешиться без привлечения тела; понять, чего именно недостает человеку для преодоления столь болезненной зависимости от реального объекта. Возможно, дело в психической неинтернализации, в недостатке поддерживающих интроектов, как полагал Фэн, или в низкой активности невротических защитных механизмов; возможно, нам следует удовлетвориться широким пониманием, которое Балинт вкладывал в термин «базисный дефект»: след расхождения между необходимым ребенку количеством заботы и тем, что была способна обеспечить ему мать. Существенно то, что сила или слабость Я представляет важнейшее условие удачи или неудачи в разрешении любого конфликта, и то, что слабость Я – это всегда слабость адаптивных способностей субъекта. Именно она может иметь самые серьезные последствия в виде симптомов.

Мы можем рассмотреть данный дефицит в терминах первой топике Фрейда, следуя в этом за специалистами парижской школы, полагающими, что в психосоматическом функционировании важны особая организация и состояние системы бессознательного – предсознательного – сознательного. Особую роль играет здесь предсознательное как центральный пункт психической переработки: именно его функции мы имеем в виду, когда говорим о «недостаточности» работы психического аппарата при соматизации. Сфера предсознательного служит каналом связи между бессознательным и сознанием. Его качества, необходимые для нормального психического функционирования и защиты от соматической дезорганизации, – объемность, подразумевающая наличие разных уровней представлений, проницаемость, обеспечивающая циркуляцию содержаний между двумя другими сферами, и непрерывность, структурирующая отношения ребенка и матери. По-видимому, в предсознательном психосоматического субъекта эти качества развиты слабо, то есть его предсознательная область не столько соединяет бессознательное с сознанием, сколько разделяет и взаимно изолирует их.

Как отмечает Марти, именно в системе репрезентаций предсознательного особо ярко проявляется ослабление психики, которое эти

пациенты в большинстве случаев обнаруживают с момента развития серьезной телесной симптоматики. Данное ослабление связано с недостаточностью или хрупкостью конструкций предсознательного, ставшей в раннем детстве результатом недостаточности или отсутствия фиксаций восприятий-репрезентаций вещей, главным образом слов, а также отсутствия или ослабленности связей между репрезентациями (Марти, 2005). Таким образом, дефицитарность, о которой ведется речь, предстает как отсутствие соединительного звена и коммуникации между рациональным восприятием реальности и миром бессознательных фантазий и интроектов. В силу этого обстоятельства человек оказывается отчужден от себя внутреннего, от своих глубин.

Говоря языком Дональда Винникотта, мы могли бы описать данную изоляцию сознания от бессознательного как пустоту в «зоне непосредственного опыта», через которую ребенок обыкновенно способен нетравматично перейти из сферы всемогущих фантазий в мир реальности. Винникотт подчеркивал, что главной травмой для младенца становится преждевременное вторжение реальности в его субъективность: такая травма возможна, например, при избыточной внешней стимуляции в первые недели жизни, в период безобъектности, позднее – в любой ситуации, когда мир выходит из-под контроля ребенка, обретая свойство непредсказуемости. Травма связана с переживанием бессилия. Во всех этих случаях можно говорить о том, что реальность не оставляет субъекту подстраховывающего опыта иллюзий.

Иллюзии, заполняющие «переходную зону» между фантазией и реальностью, в концепции Винникотта есть важнейшее условие нормализации отношений субъекта с миром и с самим собой в этом мире. Мир не может быть принят младенцем сразу таким, каков он есть: он должен быть сперва «сотворен» его фантазией и затем постепенно, во избежание преждевременной утраты чувства всемогущества, обрести реальность. Между маниакальным по сути представлением «Я создаю мир» и депрессивным признанием «Мир существует независимо от меня» (признанием, которое и структурирует отношения с реальностью у психосоматической личности), то есть, по сути, между Я и Не-Я, должно оставаться переходное пространство – сфера иллюзий. Иллюзия – это символ; она есть то, что осознается субъектом как отличное от реальности, но при этом наделено смыслом таковой: игра во взрослых – у детей, искусство и религия – у взрослых. Иллюзию присутствия матери дает ребенку мягкая игрушка, взятая в детский сад или в постель. Фотография близкого человека создает иллюзию, примиряющую с разлукой. Переходный объект – то, что принадлежит сфере

иллюзий – есть предтеча объекта внешнего: своего рода подстраховка для нетравматичного принятия реальности и своего места в ней.

При нормальном взаимодействии в первичной диаде мать как полпред реальности становится предсказуема младенцем. Предсказуемость – главное свойство того мира, в котором он позволяет себе расстаться со всемогуществом постепенно и безболезненно. Иллюзии насыщают пустоту, оставшуюся после ухода магических фантазий; потребность в «сотворенной» реальности отчасти удовлетворяется за счет «как если бы» – например, младенец обретает способность засыпать самостоятельно, «как если бы» мать укачивала его на руках. Это и есть по сути процесс формирования мира интроектов, используемых личностью впоследствии для автономного функционирования – то, чего был лишен психосоматический субъект. Неспособность к символизации не позволяет ему обходиться без реального объекта, например, превращать одиночество в единение. В случае травмы не подстрахованное иллюзиями Я оказывается расщеплено: одна его часть погружается в фантазии, другая мобилизует все ресурсы для выживания в непредсказуемой реальности. Соответственно первая из них утрачивает контакты с реальностью, вторая, привязанная к реальности, – с внутренним миром личности. Так между Внутренним и Внешним теряется связь. Винникотт рассматривал психосоматическое заболевание как следствие подобного расщепления Я и как способ сохранения идентичности в конфликтном взаимодействии с интроецированной симбиотической матерью. С его точки зрения, здорового человека характеризует эмоционально позитивно окрашенная идентичность телесного Я. При психосоматическом расщеплении она утрачена. Активизация данного механизма является результатом расщепления Я у доэдипальной матери и представляет попытку отразить связанную с ним угрозу (Winnicott, 1965, 1966, 1971).

Близкую по смыслу точку зрения выражал Аммон, сообщавший, что вопрос «кто я?» для психосоматического пациента связан с экзистенциальным страхом, и вместо него задается вопрос «что со мной?». Телесный симптом, таким образом, функционирует как заместитель идентичности и представляет интроецированную мать раннего детства, которая в симбиотической фазе отвергла потребность младенца в ограничении своей идентичности и обеспечивала его любовью и заботой только тогда, когда он заболел. Аммон использовал для объяснения динамики психосоматозов представление Шпица об отрицании как одной из основ межличностной коммуникации (данную концепцию будет уместнее рассмотреть более детально чуть ниже, в главе 7.4). Ребенок говорит слово «нет» тому, что находится за границами его собственного

Я; поэтому способность к отрицанию есть показатель сформированности и действенности этих границ. Психосоматическая патология представляет результат нарушения данной функции: не умея сказать «нет» внешнему объекту и таким образом отграничиться от него, субъект говорит «нет» себе, своему организму, пытаясь отгородиться от патогенного объекта, интернализированного в тело (Аммон, 2000).

Механизм, описываемый Аммоном, есть не что иное, как отчуждение телесного от психического, появление разрыва между ними, и можно уверенно сказать, что он по сути идентичен механизму развития дисморфофобии – часто проявляющейся в раннем подростковом возрасте тревоге перед телесными изменениями, сопровождаемой искаженным восприятием образа тела. Как и психосоматическое заболевание в понимании Аммона и Винникотта, дисморфофобия является отражением проблем идентичности: тело становится «чужим» для своего владельца, внешним объектом, которому адресуется ответ «нет». Она демонстрирует, что факторы, вызывающие у субъекта сомнения в отношении собственной идентичности, могут влиять на образ тела и, возможно, на само тело как таковое. В концепции Аммона соматический симптом превращает телесную основу чувства Я в Не-Я; одновременно благодаря этому отщеплению (отмежеванию от «плохого» тела) Я обретает внимание, уход и заботу, ставшие свободными от ограничений со стороны Сверх-Я. По сути, оно выполняет таким путем требование, которое жестокое и архаичное Сверх-Я ему предъявляет. Подобное отщепление в определенном смысле становится результатом расслоения общественных установок: социум обычно реагирует отвержением на психические болезни своих членов и принятием – на соматические, воспринимаемые как чуждый личности анонимный процесс.

Параллель между дисморфофобией и психосоматическим расстройством может быть дополнительно подчеркнута примером анорексии: отказ от еды в большинстве случаев связан как раз с неадекватным восприятием собственного тела, с искажением его образа. Приведу здесь иллюстрацию из своей практики, которая выше упоминалась мною мимоходом: молодая женщина обратилась ко мне по телефону, сообщив, что страдает булимией и ожирением, не может заставить себя ограничить прием пищи и уже расплнела до неприличия. Когда она пришла на назначенную встречу, я не сразу понял, что передо мной та девушка, с которой я говорил: она была худощава, как подросток. Через пять минут разговора стало ясно, что речь идет не о булимии, а о классическом случае анорексии: моя собеседница пребывала в глубоком убеждении, что ей необходимо сбросить еще по меньшей мере десять килограммов веса и есть вдвое меньше, хотя ее дневной рацион уже состоял к этому времени из нескольких сухарей и чашки бульона. Печально, но, как это

нередко случается с аноректиками, она прекратила отношения со мной, едва почувствовав, что ее самовосприятие мною не разделено.

Существует еще ряд концепций, более или менее спекулятивных, более или менее различно описывающих и объясняющих смысл и психодинамику психосоматических патологий. Нет возможности упомянуть здесь каждую из них, но нет и необходимости в том. В любом случае речь идет, по-видимому, о следствии довольно тяжелой психической травмы раннего детского или младенческого периода, которая не может быть рассказана пациентом или реконструирована аналитиком. На этой пресимволической стадии психическое страдание неотличимо от телесного, и его нельзя вербализовать или символизировать иным путем. Поэтому трудность психосоматического больного состоит в неспособности преодолеть или даже понять свою боль. Согласно формулировке Мак-Дугалл, он страдает от «поразительного отсутствия аффекта» (что позволило ввести в аналитический обиход понятие дизаффективности). Мак-Дугалл пишет, что там, где есть алекситимия, нет вытеснения: есть лишь изгнание, выбрасывание, уничтожение, которое Фрейд рассматривал как психотическое проявление. Представления, связанные с болью, невозможно вытеснить или спроецировать вовне, и пациент просто устраняет их из сознания. Для управления аффектом в его распоряжении остаются только действие и соматизация. Фрустрации увеличивают общую сумму инстинктивного и импульсивного возбуждения и повышают риск соматизации в условиях, когда бессознательное не способно передавать сигналы предсознательному и психическая переработка становится невозможна. Избавление от психологического компонента чувств позволяет телесному компоненту находить выход, имевший место в младенчестве (Мак-Дугалл, 2007).

Здесь мы вновь вынуждены прикоснуться к неоднозначности сопоставления психосоматического реагирования взрослого индивида и маленького ребенка и, таким образом, к правомерности разговора о «психофизиологической регрессии», который был начат в предшествующей главе. Томэ и Кехеле справедливо замечают, что соматизация как инфантильный способ разрядки напряжения у младенца происходит в условиях единства психического и телесного из-за незрелости когнитивных паттернов: реакции младенца по своей изначальной сути интегративны и имеют все черты первичного процесса. Принципиальное отличие взрослого психосоматически реагирующего субъекта состоит в том, что его реакции как раз основаны не на интеграции тела и души, а на разрыве между ними (Томэ, Кехеле, 1996). Поэтому проводить пря-

мую параллель между соматическими процессами во взрослом пациенте и ходом восстановления нарушенного психофизиологического баланса у ребенка имеет смысл только в том случае, если мы остаемся в рамках концепции «человека соматического» как «внутреннего субъекта», отщепленного от личности как таковой. Принимая данный тезис за основу, мы принимаем и то, что для homo somaticus, локализованного внутри каждого человека, заболевание становится тем же, чем для младенца – кожная сыпь или повышение температуры в ответ на неудовлетворение жизненно важного запроса.

Обобщая, можно сказать, что за симптомом скрывается экзистенциальный страх, о котором говорил Амон, – страх, принципиально отличающийся от сигнального страха при неврозах, страх прекращения существования. Возможно, в нем и находится ключ к пониманию психосоматических патологий. Симптом призван защитить личность от угрозы дезинтеграции, которая исходит от локализованного в теле «злокачественного интроекта». Возвращаясь к теме актуальных неврозов, проблема которых стала предтечей проблем психосоматики, можно вспомнить, что пациенты с неврозом тревоги также невыносимо боятся разрушения собственного существа, которое переживается в форме телесного Я, то есть образа тела. Мы близки к точке зрения Куттера, называвшего два «центра тяжести» психосоматических расстройств: дефицит Я, постоянно изнуряющий душу и тело, и базисный конфликт, не позволяющий обрести покой из-за страха перед властным объектом (Куттер, 1997). Я лишь подчеркну еще раз, что дефицитарность (идет ли речь о сфере предсознательного, о «зоне непосредственного опыта» или о чем-то ином) здесь первична, вторичным же является, по-видимому, конфликт, который мы обозначили как враждебность к реальному объекту зависимости. Он неразрешим, поскольку в силу дефицитарности психический аппарат субъекта *не работает в полной мере* и зависимость не преодолена. Ему остается в качестве защитного средства лишь изоляция от объекта, интернализированного в телесность как в нечто реальное – в отличие от психического.

В заключение данной главы мне хотелось бы еще раз напомнить читателю о сугубо гипотетическом характере всех изложенных здесь соображений, в частности, о том, что *мы пытаемся исследовать средствами, находящимися в распоряжении сознания, то, что лежит за его пределами*. Нас оправдывает лишь то, что других средств в нашем распоряжении, по-видимому, пока нет. И все же следует с крайней осторожностью относиться и к тому, что мы назвали «дефицитарностью» или «недостаточностью работы психики» (несмотря на все приведенные выше теоретические обоснования, мы едва ли понимаем в полной мере,

что она на самом деле собой представляет), и к единой якобы модели конфликта враждебности и зависимости.

Мне кажется уместным процитировать в данной связи Томэ и Кехеле, скептически относящихся к любым представлениям о «психосоматической структуре личности» и не без оснований замечавших, что на основе гипотезы о соматической регрессии можно объяснить любую телесную болезнь. «Удивительно, – пишут эти авторы, – каким образом ложные положения, порой лишенные самого смутного ощущения реальности, могут все еще существовать... или как вторичные модификации терминов могут изображать новые знания». Томэ и Кехеле, в частности, подвергают суровой критике идеи Куттера, который, развивая концепции Балинта, сообщает о некоем универсальном базисном конфликте психосоматических заболеваний – равно как и идеи всех аналитиков, пытающихся свести психосоматическую теорию к одному фундаментальному состоянию, «этиологическая первичность которого невероятна даже в теории неврозов» (Томэ, Кехеле, 1996, с. 639). Мне остается надеяться только на то, что описанная мной версия дефицита и конфликта обладает достаточно мобильными границами, чтобы быть воспринятой скорее как общий этиологический принцип, чем как всеобъясняющая схема или модель – своего рода прокрустово ложе для любых психосоматических реакций.

6. ПСИХОСОМАТИЧЕСКАЯ ПРОБЛЕМАТИКА В КОНТИНУУМЕ ПСИХОПАТОЛОГИЙ

Как мы уже успели убедиться, между разными психопатологиями, как и разными личностными структурами, редко встречаются четкие границы: именно поэтому столь проблематичной иногда бывает дифференциальная диагностика. Они перекрывают друг друга в определенных областях, сосуществуют и соприкасаются в определенных аспектах; симптоматика того или иного невротического расстройства может включать черты как истерии, так и невроза навязчивых состояний; язвенная болезнь, как уже упоминалось, с современной точки зрения представляет продукт сочетания конверсии и соматизации; в то же время и между этими двумя процессами лишь теоретически можно провести четкую демаркационную линию, и т. п. Выше приводились некоторые данные по поводу связей психосоматических расстройств с истерией и актуальными неврозами. Что еще можно было бы сказать о месте, которое они занимают среди известных нам патологий, и о соотношении с ними? Второй вопрос касается психосоматической личностной структуры: как наиболее корректно определить ее позицию в континууме структур, включающем, например, личность шизоидную, гипоманиакальную, нарциссическую и т. д.? Наконец, справедливо ли описывать психодинамику психосоматоза как наиболее близкую к тому или иному уровню личностного функционирования – невротическому, пограничному либо психотическому, – или она требует совершенно иного концептуального подхода? Не рассчитывая окончательно прояснить все названные проблемы, я поделюсь лишь рядом соображений.

Прежде всего можно (весьма условно) представить следующую схему: если с одной стороны к области психосоматических расстройств примыкает группа актуальных неврозов, то с другой она как будто не менее тесно соприкасается с депрессией. Известно, например,

что депрессивные проявления нередко предшествуют психосоматическим обострениям или сопровождают течение болезни; что депрессивность – характерная личностная черта многих пациентов, страдающих язвой желудка, язвенным колитом, сахарным диабетом, кардионеврозами, другими органическими патологиями (здесь могла бы присутствовать ссылка по крайней мере на треть приведенных в списке литературы источников). Депрессия может по праву рассматриваться как наиболее соматизированное психическое состояние, поскольку сопутствующие ей заторможенность и подавленность способны оказывать серьезное влияние на телесные функции.

К этому тезису существует множество иллюстраций: вот лишь некоторые из них. Многие типичные психосоматические синдромы – язвенный колит, бронхиальная астма, нейродермит, – согласно наблюдениям клиницистов, часто чередуются с депрессивными фазами. Депрессия представляет наиболее распространенное психическое состояние среди амбулаторных пациентов психосоматических клиник (Бройтигам, Кристиан, Рад, 1999). Особенное сходство с депрессией по регрессивным признакам проявляют желудочно-кишечные заболевания, в которых на первый план нередко выходит неудовлетворенная потребность в защищенности и заботе – при том, что они скорее маскируют душевные переживания, чем выявляют их. Болезнь вытесняет страх и неуверенность, оставляя «на поверхности» телесный симптом. Частой заменой депрессивного расстройства становятся также кардионеврозы и головная боль (Любан-Плоцца, Пельдингер, Крегер, 1996). Как замечал еще Фрейд в работе «Скорбь и меланхолия»: «Меланхолия (депрессия. – Д. Р.), понятийное определение которой неустойчиво и в описательной психиатрии, встречается в разнообразных клинических формах, сведение которых в единое целое кажется необоснованным, и из них некоторые напоминают *скорее соматические, чем психогенные расстройства* (курсив мой. – Д. Р.)» (Фрейд, 2002, с. 14).

Бройтигам с соавторами отмечают весьма распространенную тенденцию: считать по крайней мере большинство психосоматических жалоб проявлениями ларвированной (маскированной) депрессии, при которой аффект находит выражение во множественных телесных симптомах: жалобах на сердце, головной боли, болях в спине, проблемах пищеварения, нарушениях сна, аппетита, гинекологических расстройствах и т. д. Данную позицию упомянутые авторы считают односторонней, однако, с их точки зрения, нельзя отрицать, что многие психосоматические проявления могут быть рассмотрены как эквивалент страхов или депрессий, не отраженных в психической сфере. Соматические жалобы и функцио-

нальные симптомы могут доминировать в клинической картине так, что эмоциональные нарушения при этом остаются практически незаметными (Бройтигам, Кристиан, Рад, 1999).

Сопутствие этих патологий, очевидно, далеко не случайно. Как депрессия, так и психосоматическое расстройство выражают усиленную ориентацию на внешний объект зависимости – ориентацию, обусловленную переживанием внутренней пустоты. Нередко для таких пациентов в ходе терапевтических сессий оказывается весьма болезненной ситуация молчания – возможности побыть наедине с собой, прислушаться к себе. Самоопределение для них мыслимо только через реальную соотнесенность «здесь и сейчас» (выше упоминалось, что они, ложась на кушетку, обыкновенно демонстрируют ухудшение, поскольку теряют собеседника из виду). Вне диалога с терапевтом и при минимальном количестве внешних стимулов они чувствуют, что им не на что опереться. За стенами кабинета эти люди, как правило, стремятся окружить себя множеством источников стимуляции и предпочитают активность, направленную вовне, так как свой внутренний мир их пугает. Вот показательный фрагмент беседы с пациентом, страдающим гипертонией и депрессивными состояниями одновременно:

Терапевт :

– Давайте попробуем вместе взглянуть на то, что вас мучает. Вы сказали как-то, что боитесь своего будущего, одинокой старости. Не могли бы вы подробнее описать этот страх?

Пациент (после долгой паузы):

– Я не вижу, за что я мог бы в себе зацепиться, чтобы ответить. Мысли как будто проваливаются. Может быть, вы спросите что-нибудь еще?

Терапевт:

– Что-нибудь еще – о вашем страхе?

Пациент:

– Я не могу что-то внятно сказать о нем. Может быть, о моей работе, о моей фирме. О моих близких. Мне легче рассказывать о событиях, о людях. Когда мы говорим о чем-то, что во мне, я словно проваливаюсь.

Терапевт:

– Как можно было бы представить эту яму, куда проваливаетесь вы, ваши мысли?

Пациент:

– Никак. У нее нет дна, нет стен. Там ничего нет. Вообще.

Эта пустота, эта яма – пространство, где как будто нет ни Я, ни объекта; область, которая (если следовать за Винникоттом) не заполнилась религией, искусством, мечтой – производными сферы иллю-

зий. Поэтому мысль об одинокой старости для пациента невыносима. Для таких больных существует одна лишь реальность, в которой они всегда пытаются отыскать объект зависимости. Далеко не все психосоматические индивиды страдают депрессией в клиническом смысле, но чувство пустоты и одиночества в той или иной мере присуще большинству из них. Депрессивный симптом как таковой отражает компульсивную попытку найти в себе внутреннюю опору, поддержку. Однако она именно компульсивна, поскольку усилия эти всякий раз «проваливаются» в пустоту.

По крайней мере косвенное подтверждение тому, что динамика психосоматоза (как мы ее понимаем) близка к динамике депрессии, можно найти уже в цитированной выше работе «Скорбь и меланхолия». Согласно Фрейду, при меланхолии одна часть Я противопоставляет себя другой, словно принимает ее за объект – точно так же, как при психосоматическом расстройстве психическое Я отделяет себя от телесного. Рассматривая телесную болезнь как интернализированный объект зависимости, мы обнаруживаем и следующее созвучие: в картине меланхолии нагрузка объекта описывается Фрейдом как мало способная к сопротивлению. Она снимается, однако освобожденное либидо не смещается на другой объект, а отступает в Я, то есть регрессирует от выбора объекта к первичному нарциссизму. При этом оно не находит себе никакого применения, лишь способствуя нарциссической идентификации Я с покинутым объектом (возможно, данная схема позволяет отчасти объяснить «наследуемый» характер многих психосоматических заболеваний. – Д. Р.). Если любовь к покинутому объекту не способна прекратиться и находит выход в идентификации с ним, по отношению к этому замещающему объекту развивается ненависть (как у психосоматического больного к собственному телу. – Д. Р.). Его бранят, унижают, заставляют страдать и т. д., и находят в данном самоистязании садистическое удовлетворение. Используя «телесные» формулировки и метафоры, Фрейд в точности как будто рисует картину эволюции психосоматоза и его влияния на Я субъекта: «Меланхолический комплекс ведет себя как *открытая рана* (курсив мой. – Д. Р.), со всех сторон притягивает к себе энергию нагрузок... и опустошает Я до полного оскудения» (Фрейд, 2002, с. 24). Эта параллель может быть дополнена ссылкой на примечание к данной публикации «Скорби и меланхолии»: его автор, Виктор Мазин, подчеркивает, что меланхолия как процесс регрессии к до-объектным отношениям, то есть десубъективации и ресубъективации субъекта, сопровождается нарушением осмысления – то есть пробелом в символическом, который Фрейд называл «дырой в психическом».

Как уже упоминалось ранее, наблюдаемое у психосоматической личности отсутствие способности к символизации тесно связано с описанной Аммоном «дырой в Я» – вакуумом, который и призвана заполнить болезнь.

Говоря о фактической идентичности психодинамики депрессии и психосоматоза, я вкладываю в понятие «депрессия» обобщающий смысл – объединяя им и анаклитическую форму данного заболевания как результат эмоциональной депривации, с доминирующим переживанием брошенности и беспомощности, и интроективную с ее характерными самоупреками, чувством собственной «плохости» и т. д. Эти разновидности принято разграничивать в силу различия их внешних проявлений: в первом случае больной манифестирует проблему соотносительности с миром объектов, во втором – проблему самоопределения. Однако грань между ними в сущности весьма условна, поскольку самоопределение и соотносительность представляют два аспекта одной проблемы. Томэ и Кехеле справедливо, на мой взгляд, утверждают, что не бывает нарушений объектных связей, независимых от нарушений самовосприятия (Томэ, Кехеле, 1996). Шпиц, автор понятия «анаклитическая депрессия», показывает, как младенец структурирует свое Я через соотносительность с матерью, также – как агрессия ребенка при депривации трансформируется в аутоагрессию (Шпиц, Коблинер, 2000). Также Куттер в описании депрессии замечает, что «...проблемы самооценки и потери разделить сложно, чаще всего они смешаны друг с другом» (Куттер, 1997, с. 155). Независимо от внешнего проявления болезни человек в депрессии переживает утрату, связанную с собственным дефектом, и описанный выше конфликт враждебности и зависимости. Поскольку в силу последней уничтожение ненавидимого объекта недопустимо, ярость обращается на «плохой» объект, интернализированный в Я («злокачественный интроект»). Данная схема может быть проиллюстрирована воспоминаниями моего пациента. В детстве он реагировал на отъезды родителей в командировки печалью и обидой, но неизменно вслед за тем «случайно» наносил себе ту или иную телесную травму. Иными словами, его переживание брошенности было осознанным, однако это не уменьшало роли бессознательного чувства вины.

Таким образом, можно констатировать идентичность патогенных факторов для обоих заболеваний: переживание утраты и связанное с ним чувство тревоги и вины. В отсутствие объекта психосоматическая личность не в состоянии преодолеть ощущение незащитности и безнадежности. Угроза для нее исходит от «злокачественного интроекта» или «плохой» части себя; как и при депрессии, ярость направляется на соб-

ственное Я. Депрессивный симптом отражает попытку справиться с конфликтом с помощью психических защитных механизмов. Если при этом функционирование предсознательного недостаточно для психологической переработки травмы, наступает стадия соматизации – регрессивного оживления архаичных состояний, в которых психофизиологический баланс поддерживался вегетативными процессами. Развивается вегетативно-функциональное расстройство, которое, будучи ярко выраженным, способно перейти в психосоматоз.

Как уже говорилось, соматизация представляет механизм той стадии развития, на которой телесные и психические реакции у младенца еще не дифференцированы. Парадокс же ситуации состоит в том, что как раз теперь между душой и телом возникает полный разрыв. «Плохой» объект из Я перемещается в тело, делая его враждебным и чуждым Я. Субъектом интернализации становится заболевший орган; иными словами, «плохая» часть Я трансформируется в «плохую» болезнь внутри «абсолютно хорошего» Я. Болезнь заполняет пустоту и спасает от невыносимого одиночества, позволяя добиться заботы и внимания, найти связь с реальным объектом – хотя бы в лице лечащего врача. Психосоматическое заболевание можно поэтому назвать депрессией тела или, говоря метафорически, предательством тела: им жертвуют, спасая душу. Такова упрощенная схема, которая оставляет за собой много вопросов и неясностей, в частности, в связи с соматизацией: например, непонятно, почему при затяжном психосоматическом стрессе тело реагирует в одном случае ларвированной депрессией, в другом – психосоматозом (Любан-Плоцца, Пельдингер, Крегер, 1996).

Тема депрессии и экзистенциальной тревоги позволяет нам еще раз коснуться невротизации тревоги (страха) – расстройств, также, по-видимому, тесно соприкасающихся с психосоматикой хотя бы через свои телесные компоненты. Описанный Фрейдом невроз тревоги имеет выраженное соматическое представительство. Психосоматическое (и вообще любое телесное) расстройство, в свою очередь, сопровождается тревогой или ее маниакальным отрицанием, что не меняет сути: тело становится враждебным субъекту. Как отмечают, ссылаясь на Хефнера, Томэ и Кехеле, тревога всегда соотносится с утратой, чувством покинутости или с более универсальными угрозами существованию и всему тому, что в нем представляет ценность. Одна из причин частого совмещения тревоги и депрессии, возможно, состоит в том, что в обоих случаях присутствует элемент экзистенциальной угрозы (Томэ, Кехеле, 1996); мы могли бы сказать то же самое и о проблемах отношений с собственным телом. Связь психосоматических и тревожных расстройств, возможно,

наиболее отчетливо иллюстрируется примером кардиофобических неврозов, о которых шла речь в предшествующей главе.

Авторы, на которых я только что сослался, подвергают сомнению правомерность рассмотрения страха перед собственным телом как варианта невроза тревоги или фобии: при последней «...вторичная связь между приступом тревоги и элементами ситуации, в которой он произошел, формируется посредством механизма каузальной атрибуции» (Томэ, Кехеле, 1996, с. 557). Иными словами, фобия привязывает тревогу к внешнему объекту и позволяет избежать ее через изоляцию от последнего – в то время как при кардионеврозах, равно как при любых других вызывающих страх телесных расстройствах, человек не может дистанцироваться от собственного тела или какого-либо его органа. Термин «кардиофобический невроз», таким образом, рассматривается ими как не вполне корректный. Однако на самом деле, как уже отмечалось, то, что происходит в отношении психосоматического больного к своему телу, и есть дистанцирование или отчуждение от него: тело становится именно «внешним объектом», отделенным от собственного Я. Тело начинает восприниматься как «чужое»: такова психотическая по сути реакция на болезнь, незаметная для окружающих людей.

Теперь мы вправе поинтересоваться, существует ли связь между соматической патологией и психозом, подобная той, что была установлена для психосоматики, невроза тревоги и депрессии. Прежде всего вновь вспомним, что современная психоаналитическая диагностика подразумевает существование трех основных уровней функционирования личности – невротического, пограничного и психотического – не считая уровня психического здоровья, и ряда защитных или адаптивных стилей функционирования, соответствующих доминирующим механизмам защит: шизоидного – расщеплению, параноидного – проекции, депрессивного – интроекции, и т. д. Каждый из этих стилей, или личностных типов, теоретически может принадлежать каждому из трех уровней, что позволяет говорить, например, о невротической депрессии, или о параноидном субъекте пограничного уровня, и т. д. (Мак-Вильямс, 1998). Если мы рассматриваем соматизацию как один из адаптивных механизмов наряду с проекцией, интроекцией, расщеплением и другими, правомерно будет говорить о существовании соматического типа личности (*homo somaticus* в крайнем варианте) наравне с личностью шизоидной, обсессивной, нарциссической, депрессивной: об этом я упоминал в первой главе данной части книги. В таком случае весьма заманчиво, логически продолжая предлагаемую схему, допустить, что личность с психосоматической структурой, не страдающая тем или иным телесным недугом, соответ-

ствуует здоровому или невротическому уровню функционирования; обремененная вегетативно-функциональным расстройством – пограничной области. Наконец, психотический уровень будет тогда подразумевать развитие психосоматоза, иными словами, серьезное психосоматическое расстройство может быть рассмотрено как телесный психоз. Насколько подобная позиция корректна?

То, что мы узнаем из опыта коммуникаций с психосоматическими пациентами о «человеке соматическом», любопытным образом переключается с наблюдениями Байона за психотиками – в частности, с феноменом, который был обозначен этим исследователем как «нападение на связь». Согласно Байону, психотический пациент препятствует связи, устанавливаемой аналитиком, осуществляя атаки на материнскую грудь как первый объект с коммуникативной функцией – прообраз всех будущих объектов вербального и невербального взаимодействия. Речь идет об особенном состоянии психики, в которой содержится внутренний объект, противодействующий всем связям – от наиболее примитивных (нормальная степень проективной идентификации) до наиболее сложных форм. Пациент испытывает ненависть к любым эмоциям, поскольку они слишком тяжелы для его незрелой личности. Эмоции воспринимаются им как средство коммуникации и придают реальность объектам, не являющимся частью его Я и потому враждебным первичному нарциссизму. «Эти нападения на осуществляемую эмоцией функцию связи, – пишет Байон, – ведут к чрезмерному проявлению в психотической части личности связей, которые носят логический, почти математический характер, но тем не менее не являются эмоционально разумными» (Байон, 2000, с. 272). В данной картине обнаруживается буквально фотографическое сходство с многими чертами психосоматической личностной структуры – операторным типом мышления, алекситимией, склонностью к редупликации. Способ, которым выстраивает объектные отношения «человек соматический», судя по всему, есть не что иное, как один из вариантов «нападения на связь».

Идея о психотической сущности психосоматозов долгое время была весьма популярна среди части психиатров и психоаналитиков: одним из ее наиболее убежденных сторонников являлся упоминавшийся выше Бэнсон, который рассматривал соматическую болезнь как психоз с заменой проекции вытеснением (Bahnson, 1986). О близости психозов и психосоматических расстройств еще в тридцатые годы прошлого столетия писал Генрих Менг, обозначивший последние как «психозы органов» – на том основании, что Я соматического больного, как и психотика, отворачивается от внешнего мира. Если мы склонны видеть нечто общее

в психодинамике соматических расстройств и депрессий, то непрерывность континуума «психосоматика – депрессия – психоз» подтверждается частичным сходством динамики меланхолий и психозов, на которое указывал Фрейд: при меланхолии протест против потери объекта может быть столь интенсивным, что субъект отрывается от реальности и сохраняет объект с помощью «галлюцинаторного психоза желания» (Фрейд, 2002). По крайней мере, психиатрия знает множество подтверждений тому, что между психотическим и соматическим потенциалом личности существует определенная связь.

Эта связь может быть определена, например, как эквивалентность или взаимная заменяемость. Карл-Густав Юнг еще в 1907 году отмечал, что у некоторых пациентов клиники Бургхольцли исчезали психотические симптомы, если они заболели телесно. Керман в 1946 году сообщал о случаях появления симптомов маниакально-депрессивного психоза у больных, вылечивавшихся от бронхиальной астмы. С другой стороны, телесная и психотическая симптоматика может проявляться синхронно: например, Дэниелс, Шпигельберг и некоторые другие психиатры описывали случаи психозов с депрессивной или шизофренической окраской у людей, страдавших язвенным колитом и болезнью Крона. Психотические личностные черты часто присущи пациенткам с анорексией: как замечал Шепанк, эта болезнь генетически близка к шизофрени, и во многих случаях ее развитию предшествуют аутистические тенденции и социальная изоляция, а течение ее сопровождается появлением все тяжелее воспринимаемых, схожих с бредом шизоидных признаков. Однако чаще всего врачи наблюдают у больных ослабление психотических проявлений при ухудшении физического состояния – и наоборот.

С другой стороны, представление о психосоматической патологии как эквиваленте психоза у многих специалистов позитивного отклика не находит. Бройтигам с соавторами, комментируя вопрос о сочетаниях соматических и психопатологических симптомов у некоторых больных, сообщают, что психосоматические пациенты нередко выявляют острые и тяжелые психические реакции на свои болезненные состояния. Эти реакции неправомерно описывать в психопатологических терминах, поскольку они представляют большей частью адекватные отклики на экстремальную ситуацию – чего терапевты, к сожалению, порой не хотят признавать (Бройтигам, Кристиан, Рад, 1999). Подход к самому телесному симптому как к «психозу тела» также утратил во второй половине XX века прежнюю популярность: в частности, его неоднократно критиковали представители парижской психосоматической школы. С точки зрения Фэна, уподобление соматического расстройства телес-

ному безумию или же телесной психопатии представляет попытку приспособить это расстройство к привычной системе знаний, сложившейся в рамках классической метапсихологии: отсюда возникают причудливые гипотезы, объясняющие болезни тела архаическими фантазиями (Фэн, 2005). Марти также высказывал мнение о неприменимости понятий «психопатия» и «психоз» к соматическим патологиям, отмечая, что иногда соматические пациенты демонстрируют психотические черты, но у них существует баланс между периодами более психотическими и более соматическими. Он подчеркивал, что, говоря о психосоматике, мы говорим о преобразовании или по крайней мере об экономическом смещении, иногда – о расколе между психикой и телом. Смещение может быть частичным и сопровождаться некоторыми физиологическими проявлениями: это означает, что данный симптом является психическим и соматическим одновременно. Преобразование же представляет тотальный процесс: психика оказывается отстраненной от экономики пациента (Марти, 2005).

Как видно, связь психотических и психосоматических расстройств – проблема непростая, и все, что можно сказать о ней более или менее уверенно, – то, что психоз, вероятно, соотнесен с психосоматозом так же, как психика с телом. В целом же возникает впечатление, что между этими двумя формами личностных расстройств существует некая взаимозаменяемость, но при этом они представляют принципиально разные по своим функциям феномены: просто один из них всегда стремится занять пространство, по тем или иным причинам освобожденное другим. Возможно, вместо «принципиально разные» следовало бы сказать «диаметрально противоположные»: психосоматическая личность существует во взаимодействии с реальностью внешней, потеряв связь с внутренней; психотическая – наоборот. Мне представляется в данном отношении наиболее интересной концепция школы динамической психиатрии, которую сформулировал Аммон.

С точки зрения Аммона, сходство между психозом и психосоматическим расстройством заключается в том, что в обоих случаях мы имеем дело с нарушением интегративной функции границ Я. Психосоматический симптом представляет эквивалент психотической дезинтеграции, как бы инкапсулированный в телесную болезнь. Реакция организма занимает промежуточное положение между неврозом и психозом в аспекте объектного отношения – как с объектом внешним, так и со своим телом в качестве такового. При неврозе отношения с объектом развиты; при психозе они утрачены. Таким образом, психосоматическое расстройство представляет скорее пограничный синдром. При нем

объект заключен в пространстве между внутренним и внешним миром, как доэдипальная мать, воспринимавшаяся ребенком в качестве и внешнего, и внутреннего объекта, и функционировавшая в качестве границы его Я. Различие же между психозом и психосоматозом состоит в том, что в первом случае граница между Я и Не-Я оказывается прорвана, и Я пытается восстановить свою интегрированность. Во втором – симптом выполняет функцию средства коммуникации Я с окружающим миром и с собственным организмом, иными словами – психосоматическая болезнь препятствует психотической дезинтеграции (Аммон, 2000).

Говорить о психосоматозе как «психозе тела» или «органном психозе», очевидно, можно, но это будет лишь метафора, а не определение, отражающее суть феномена. Вероятно, корректнее было бы определить его как «негатив психоза» – по аналогии с фрейдовской формулировкой «невроз есть негатив перверсии». Фрейд подразумевал, что как при неврозах, так и при перверсиях мы имеем дело с регрессией психосексуальной организации субъекта к неким точкам фиксации, однако в первом случае эти фиксации встречают возражение со стороны Я, влекущее за собой вытеснение, во втором – согласие Я на данную форму удовлетворения. В нашем случае можно было бы сказать, что при психотической структуре личности мы имеем дело с возражением Я против внешней реальности, при психосоматической структуре – против внутренней. Чисто психическое расстройство любого уровня, от невроза до психоза, может быть представлено как искажение восприятия внешней реальности в том или ином аспекте. Психосоматическая патология подразумевает искаженные или прерванные отношения с внутренним миром. Диаметральная «противонаправленность» психотических и психосоматических тенденций может быть проиллюстрирована, в частности, описанным Винникоттом расщеплением Я в связи с вторжением реальности (о нем я упоминал в главе 5). Их частые взаимные сочетания, по-видимому, говорят лишь о существовании множества параллельных связей и аспектов коммуникаций личности с обеими реальностями, а также вновь подтверждают тезис: «человек психологический» и «человек соматический» в определенной пропорции сосуществуют в каждом из нас. Это соображение позволяет добавить, что вряд ли имеет смысл пытаться привязать психосоматическую патологию той или иной степени тяжести к одному из трех уровней личностного функционирования: для нее требуются, по-видимому, иные термины и понятия.

Если так, то не нарушается ли обозначенная мною в начале второй части книги схема, согласно которой соматизация есть процесс, находящийся в одном ряду с такими ментальными явлениями, как рас-

щепление, проекция, интроекция и все, объединяемое нами понятием «защит» или «адаптивных механизмов»? Правомерно ли в этом случае рассматривать «человека соматического» как отдельный личностный тип наравне с типом обсессивно-компульсивным, депрессивным, шизоидным и прочими? Это было бы весьма заманчиво, но, к сожалению, у меня нет пока ответа на данный вопрос. Чтобы найти его, следовало бы сперва окончательно прояснить, корректно ли причислять соматизацию к защитам, и если да, то не противостоит ли она, как полагал Марти, постэдипальным по сути защитным конфигурациям Я как защита самого существования субъекта – то есть разрешить до конца проблемы, сформулированные в четвертой главе. По-видимому, это дело будущего. Я же стану говорить пока по-прежнему о психосоматическом типе в том понимании, что было обозначено в главе первой – в силу его методологических удобств.

7. ИСТОРИЯ ЛИЧНОСТИ

Раны заживают, но рубцы от них растут вместе с нами.

Станислав Ежи Лец

7.1. Становление Я и его неудачи

Настало время попробовать разобраться, что в истории человека становится ответственным за формирование психосоматической структуры его Я. Какие особенности и дефекты отношений препятствуют развитию сферы предсознательного или «зоны непосредственного опыта», коммуникациям субъекта с собственным внутренним миром, миром «грез», и оставляют соматизацию в качестве наиболее доступного средства реагирования на травматические воздействия? Как неоднократно упоминалось выше, все или почти все исследователи, уделявшие внимание вопросу происхождения «соматической предрасположенности», сходятся во мнении, согласно которому ее корни уходят в самый ранний период развития личности – в период, в течение которого психические и соматические функции младенца еще не были отделены друг от друга. Еще в 1916 году Ференци описал это время как стадию инфантильного всемогущества, на которой магические фантазии младенца заменяют действие. Ференци подчеркивал, что речь идет не о фантазиях в том виде, в каком они возникают у взрослого человека, но лишь об ограниченных младенческими когнитивными ресурсами ментальных процессах, которые определяются в большей степени все же физиологическими источниками, чем идеаторными (Ferenczi, 1950). Также Кристал в описании эволюции аффекта указывал на преимущественно соматическую природу наиболее примитивных предшественников будущих чувств (Krystal, 1974).

Согласно результатам наблюдений Рене Шпица, в формировании

соматических, равно как и других наиболее глубоких нарушений центральную роль играл опыт ранней эмоциональной депривации, переживаемой новорожденным с момента появления на свет. Отсутствие нормальной материнской заботы рождало эмоциональный голод, который, будучи неутоленным, способствовал прогрессирующему ухудшению, затрагивавшему всю личность младенца. Это ухудшение проявлялось в первую очередь в остановке психологического развития; впоследствии же возникали психологические дисфункции, сопровождаемые телесными изменениями. Обычно на следующей стадии обнаруживалась повышенная восприимчивость ребенка к инфекциям. Шпиц особо отмечал тот факт, что, если материнская депривация продолжалась и на втором году его жизни, колоссально возрастал риск смертельного исхода: статистическое исследование подтвердило для таких случаев экстремальный рост смертности (Шпиц, Коблинер, 2000).

С другой стороны, еще в середине XX столетия был выдвинут ряд аналитических концепций раннего развития, согласно которым формирование будущей личности берет начало в пренатальном периоде; соответственно в нем же закладывается базис будущих патологий. Одним из наиболее убежденных и последовательных сторонников этой версии была Филлис Гринеякр, утверждавшая, что пренатальный и родовой опыт субъекта обладает исключительной значимостью для возникновения предрасположенности к тревоге. Пренатальная тревога, получившая в концепции Гринеякр наименование «первичной», становится результатом сильных внутриутробных воздействий на плод и создает предрасположенность к различным отклонениям в дальнейшем развитии; от более поздней тревоги она отличается абсолютным отсутствием психологического содержания и осознания (Greenacre, 1941).

Еще более радикальные взгляды на роль внутриутробной стадии выражал Фодор, предполагавший глобальное влияние протекающих на ней процессов на эволюцию личности. С точки зрения Фодора, пренатальные условия вкупе с последующей родовой травмой формируют биологическую основу многих паттернов невротического поведения. Этот исследователь выдвинул гипотезу «организмического сознания» как глубочайшего уровня психики и, возможно, основы бессознательного. «Организмическое сознание» представляет телепатическую коммуникацию между матерью и плодом: данная версия стала попыткой объяснить влияние психического состояния матери на плод при том, что между ними отсутствует нервная связь, и была основана на результатах экспериментов в области телепатии, проводившихся в сороковые годы XX столетия в Университете Дьюка. Если будущий ребенок воспри-

нимается матерью как нежеланный, данная коммуникация оказывается нарушена и плод подвергается психической изоляции в матке, что вкупе с интенсивной родовой травмой создает повышенный риск возникновения патологий (Fodor, 1949). Однако подход Фодора впоследствии неоднократно критиковался многими авторами как не отвечающий научным критериям по целому ряду пунктов. Наиболее сомнительной, на их взгляд, была гипотеза о телепатической связи, бездоказательная и не поддающаяся проверке. Кроме того, недостаток этой концепции состоял в том, что Фодор основывал свои реконструкции пренатальных воздействий на интерпретациях фантазий и сновидений взрослых пациентов, и данное обстоятельство сводило объективность его выводов практически к нулю.

Тем не менее позднейшие исследования все-таки подтвердили высокую значимость характера отношений между матерью и плодом для развития будущего ребенка: так, Блюм, ссылаясь на работы Института Фелза и, в частности, доктора Сантага, отмечает, что психофизиологическое состояние матери отражается на поведенческих паттернах плода как части ее психосоматической целостности. При неблагоприятном психическом состоянии беременной женщины плод реагирует на ее соматизированную тревогу, на изменения функций ее эндокринной системы, метаболизм клеток и т. д.; в результате в нем поддерживается состояние раздраженности и его двигательная активность возрастает до ненормальных степеней. (Последнее обстоятельство, возможно, отчасти объясняет такую особенность многих психосоматических и пограничных пациентов, как тенденция к действию вместо чувствования, то есть к поведенческому отреагированию. – Д. Р.). Сантаг описал, кроме того, связь между неблагоприятными пренатальными условиями и склонностью к плачу, нарушениями питания и другими младенческими отклонениями. Холл и Мор указывали на эмоциональный антагонизм матери к вынашиванию ребенка как на частую причину преждевременных родов (Блюм, 1999).

К сторонникам версии о роли пренатального периода и пренатальных травм в возникновении психопатологий принадлежит также Гюнтер Аммон: с его точки зрения, многие нарушения детского развития являются следствием неадекватного поведения матери задолго до появления младенца на свет. Основой подобного поведения обычно служит бессознательная враждебность к будущему ребенку, которая и предрасполагает постоянную готовность новорожденного реагировать на раздражения психосоматической дезинтеграцией. Отвержение ребенка в пренатальной фазе создает ситуацию, которую Хау определил как «внутриутробный госпитализм» (используя понятие «госпитализ-

ма», описанное Шпицем как производная эмоциональной депривации на первом году жизни) (Аммон, 2000). Как уже упоминалось, Марти, Фэн и другие представители «парижской психосоматической школы» также подчеркивали значение внутриутробных травм и связанных с ними фиксаций, которые препятствуют развитию необходимых качеств предсознательного (объемности, проницаемости, непрерывности) и тем создают предпосылки для психосоматической дезорганизации (Марти, 2005; Marty, 1968). Так или иначе, все «пренатальные версии» психосоматических отклонений остаются по сей день лишь гипотезами. Блюм цитирует в этой связи Уиндла: «Нет сомнения, что многие факторы... посредством ее (матери – Д. Р.) физиологических механизмов влияют на физиологию плода. Но мы не должны считать все влияния бесспорно доказанными... необходима большая серия наблюдений для окончательных выводов по этой проблеме» (Блюм, 1999, с. 33). По крайней мере, едва ли корректно будет пробовать свести причины заложения психосоматической структуры целиком к неблагоприятной пренатальной обстановке; нельзя забывать и того, что, по данным ряда исследователей психосоматики, определенные факторы играют роль в возникновении заболеваний на значительно более поздних, нежели даже младенчество, стадиях развития. Так, Боулби показал значение для возникновения психосоматических заболеваний травматического разрыва связи ребенка с родителем между вторым и четвертым годом жизни, ведущего к стойким личностным изменениям, психической лабильности и ранимости (Bowlby, 1960).

Залогом формирования нормальной личностной структуры, то есть Я, лишённого предрасположенности к отчуждению от тела и соматической дезинтеграции, в любом случае можно считать нормальный характер первичных отношений новорожденного с окружением, в которое он попадает. Речь идет о раннем симбиозе, названном Шпицем «миром первобытной пещеры». В этот период чувственный опыт младенца объединяет одновременно внутреннее и внешнее восприятие. Первое интраоральное переживание состоит в том, что ребенок вбирает в себя грудь, будучи при этом «закутан» в нее и в руки матери. Мир первобытной пещеры, с одной стороны, образуется пещерой собственного рта, с другой – он возможен потому, что материнские руки и грудь формируют внешнюю пещеру, в которой рот функционирует как главный орган восприятия. Этот мир является полем чувственного опыта, в котором ребенок приступает к развитию первично-заданных функций своего Я.

Основной задачей, встающей перед ранней детско-материнской диадой, является создание (наряду с физиологическим уходом и кормлением) с помощью эмоциональных и телесных контактов позитивного

постнатального климата, в котором ребенок обретает возможность постепенного восприятия своих потребностей и соматических функций. Это последнее ведет его к появлению чувства и сознания собственного тела. О возникновении рудиментарного телесного Я, по-видимому, можно говорить с момента зарождения между вторым и третьим месяцем жизни «социальной улыбки» – сигнала, демонстрирующего начало различения младенцем «себя» и «другого» и готовность к невербальному диалогу.

В этом процессе чрезвычайно важным является формирование позитивного оттенка постепенно интегрируемого телесного образа. Позитивное восприятие тела представляет весомую гарантию того, что в отношениях между психическим и телесным Я не будет доминировать тенденция отчуждения. Оно зарождается как результат интернализации материнского прикосновения и взгляда. Лихтенштейн описывал мать в ситуации раннего симбиоза как зеркало, отражающее потребности, фантазии, действия ребенка на уровне в первую очередь осязательных и обонятельных восприятий. Контуры собственного образа – образа «первичной идентичности» – возникают у него как отражение бессознательных побуждений со стороны матери, создавая архаическое чувство приятного существования (Lichtenstein, 1964).

Аммон понимал конфигурацию «первичной идентичности» Лихтенштейна в рамках своей концепции как предтечу и образец границ телесного Я, формируемых младенцем в тактильных связях с матерью. В этом взаимодействии важна материнская способность понимать язык органов ребенка и адекватно отвечать на его запросы: только так она предоставит ему возможность нормального формирования телесных границ и чувства «хорошего» физического бытия. Телесное Я, развивающееся в этом симбиозе, уже наделено аспектом идентичности: оно выражает уникальность ощущения ребенком своего тела. Поэтому нарушения ранней эволюции телесного Я являются нарушениями не только функциональной структуры, но и идентичности (Аммон, 2000).

Фактором, препятствующим нормальному течению описанных процессов, Шпиц называл отношения между матерью и ребенком, носившие неудовлетворительный характер в силу либо их «недостаточности», либо «неправильности» (то есть в аспекте количественном или качественном). В первом случае они становились причиной развития так называемых «болезней эмоциональной недостаточности», к которым Шпиц относил анаклитическую депрессию как результат частичной эмоциональной депривации и маразм как результат депривации полной. Во втором – младенец оказывался подвержен «психотоксическим расстройствам» (Шпиц употреблял этот термин, подразумевая, что лич-

ность матери действует на ребенка подобно психологическому яду: он остается при этом не «голоден», как при «недостаточном» отношении, а «отравлен»). «Неправильные» отношения подразумевают отвержение ребенка матерью, проявляемое как открытая враждебность, враждебность под маской тревоги, колебания между враждебностью и баловством, сознательно компенсируемая враждебность и т. д. Пассивное отвержение материнства направляется поначалу на сам факт рождения ребенка, иными словами, носит безобъектный характер. Однако самое большее через два месяца, то есть когда начинает проявляться его индивидуальность, материнский негативизм все больше адресуется ребенку как личности. Показательно, что он часто стимулирует мать к адресации всей или большей части заботы именно телу ребенка – своего рода компенсации враждебности и одновременно подчеркиванию разницы между личностью и телесностью. Шпиц писал, что установки этих матерей по отношению к детям уходят корнями в их собственную историю и в специфику их взаимодействия с отцом ребенка, а также зависят от способов, которыми они пытались разрешить свой эдипов конфликт (Шпиц, Коблинер, 2000).

Разделяя большинство взглядов Шпица, Аммон в рамках своей концепции границ тела и телесного Я придавал его модели большую конкретность: в качестве наиболее патогенного фактора он рассматривал неудовлетворительный характер в первую очередь телесных контактов – в силу их неправильности либо недостаточной аффективности. С точки зрения Аммона, именно дефекты «телесного диалога» становятся причиной особо тяжелых нарушений развития телесного Я, ведущих к возникновению психосоматических патологий. Описанный Шпицем «синдром госпитализма» с соматическим распадом личности в версии этого автора есть прямое выражение прогрессирующей дезинтеграции телесной идентичности. Динамика данного процесса выражает не «инстинкт разрушения», как полагал Шпиц, но скорее реактивную патологическую деформацию агрессии, которая в силу депривации не могла нормально развиваться и из конструктивной превратилась в деструктивную, обращаемую на тело субъекта.

В понимании Аммона недостаточные или нестабильные отношения ребенка с матерью и первичной группой становятся причиной структурного дефицита границ Я. Слабость границ заставляет Я хронически переживать угрозу уничтожения со стороны чуждых внутренних и внешних импульсов и страх дезинтеграции. Вместо отграничения, обеспечивающего гибкую коммуникацию между Внутренним и Внешним, Я выбирает отщепление затронутой этими импульсами зоны жизненного

опыта и отрицание соответствующих областей реальности. Так формируется область, называемая Аммоном «дыра в Я» – то есть сфера, в которой детское Я лишено опыта восприятия Внешнего и Внутреннего и, соответственно, не может быть подключено к общему процессу развития: в ней ребенок остается в диффузной зависимости от объектов, воспринимаемых как разрушительные. Психосоматический симптом представляет попытку заполнить «дыру» и отграничить Я от объекта в единственно доступной форме. Заболевание свидетельствует о том, что пациент уже на стадии формирования телесного Я перенес повреждение в форме нарциссического дефицита, делающее невозможным выход из первичного симбиоза и отграничение идентичности. Подобная ситуация вынуждает его гиперадаптироваться к требованиям реальности, причем на требование активного определения собственной идентичности он реагирует бегством в ложную идентичность «больного» (Аммон, 2000).

Для создания у читателя более или менее наглядного представления о том, что такое «дыра в Я», приведу пример из собственной практики. «Ахиллесовой пятой» одного из моих пациентов были ситуации конфликтов с другими людьми – с членами семьи, коллегами, начальством, неадекватно ведущими себя лицами на улице или в транспорте и т. д. При малейшей угрозе конфронтации он начинал ощущать себя «парализованным», испытывал нехватку воздуха, слабость в ногах, при обострении ситуации – чувство «растворения», деперсонализации, нереальности происходящего. Панический страх вызывали раздражения, приходящие в такие моменты как извне, так и изнутри (например, собственные агрессивные побуждения): граница между Внутренним и Внешним как бы исчезала, и нормальный диалог становился невозможен. Соответственно под давлением угрозы дезинтеграции пациент всю жизнь был вынужден предельно приспосабливаться к окружающим людям и обстоятельствам, чтобы застраховать себя от любых возможных конфликтных эпизодов. Полагаю, что если бы он обладал соответствующей соматической предрасположенностью, на подобные ситуации вместо его психики отзывался бы тот или иной телесный симптом.

Представления Аммона об отсутствии у психосоматиков «органа» коммуникации между Внутренним и Внешним и о связанной с ним проблематике идентичности вновь заставляют вспомнить концепцию Винникотта и принадлежащее ему понятие «ложного Я» или «ложной самости» (*falsch-self*). Говоря о проблемах раннего периода, Винникотт подчеркивал значение для него особого состояния матери, названного им «первичной материнской озабоченностью» (*primary maternal preoccupation*) или «нормальной материнской болезнью» – состояния предельной

адаптации к младенческим, в первую очередь телесным, потребностям за счет идентификации с ребенком и перемещения на него большинства объектных и нарциссических катексисов. В таком состоянии младенец переживается матерью как соматическое продолжение самой себя. (Я называю данную форму взаимодействия «психосоматическим симбиозом». – Д. Р.). Одним из важных следствий подобного слияния становится синхронизация психофизиологических ритмов матери и ребенка, позволяющая им обоим удовлетворять взаимную потребность в акте кормления «магическим путем». При условии непрерывности материнского ухода детское Я постепенно переходит от неинтегрированного существования к структурированной интеграции, достигая психической целостности. В этом же процессе обретает форму и целостность психосоматическая, начинающая следовать индивидуальной эволюционной схеме.

Впоследствии, однако, детское Я должно постепенно освободиться от непрерывной материнской поддержки, чтобы достичь различения себя как отдельного Я (достижение, индикатором которого становится «социальная улыбка»). «Достаточно хорошая мать» (еще одно определение Винникотта: *good enough mother*) спонтанным образом покидает состояние «нормальной материнской болезни», когда у ребенка появляется потребность в дифференциации. Так, если прежде она удовлетворяла его желание груди моментально по возникновении такового, то теперь ему предоставляется возможность подать сигнал о чувстве неблагополучия, то есть проявить активность в поисках разрядки напряжения. Если мать не способна вовремя выйти из первичного симбиоза и продолжает «магически» заботиться о ребенке, то есть об удовлетворении его телесных потребностей, сигналы становятся ему не нужны. Тогда возникает патологическая ситуация, о которой писал Фэн: не создаются предпосылки для формирования мира интроектов, и ребенок остается предельно зависимым от внешней реальности, которую фактически навязывает ему мать. Говоря языком Мелани Клайн, перед ним закрывается нормальный доступ к депрессивной позиции. В представлении Винникотта в подобной ситуации у ребенка остаются два возможных выхода: первый заключается в том, чтобы полностью отказаться от внешней реальности, в частности, от матери как ее главного представителя, и изолироваться в мире собственных фантазий. Этот сценарий по сути предполагает реализацию психотического личностного потенциала для защиты Я от внешнего вторжения (о патогенном влиянии последнего речь шла выше). Второй – в том, чтобы остаться в безопасном слиянии с реальностью, по сути, достичь предельной конформистской приспособленности к ней (формирование «ложного Я»): тогда нередко наиболее доступным ком-

муникативным средством для ребенка остается довербальный язык тела, а предпочтительным способом реакции на неудовлетворение – психосоматическая дезорганизация. В большинстве же случаев бывают задействованы оба варианта одновременно, то есть, как было описано в главе 5, Я расщепляется на внутреннюю и внешнюю часть, изолированные друг от друга (Винникотт, 2002; Winnicott, 1965, 1966).

Я воспользуюсь случаем, чтобы привести клинический фрагмент, на мой взгляд, хорошо иллюстрирующий область соприкосновения представлений Винникотта и Фэна. Однажды ко мне обратилась женщина с симптомами депрессии – расстройства, как уже упоминалось, психодинамически весьма близкого главному предмету нашего интереса. В ходе работы на первый план очень скоро выступила ее повышенная потребность в моей реальности. Она могла взаимодействовать со мной лишь в непрерывном диалоге, дающем постоянное подтверждение того, что я есть, и сообщала об ужасной фантазии падения в бездну всякий раз, когда в кабинете наступало молчание. Она говорила о невыносимости периодов между сессиями, и не только говорила, но и периодически звонила мне в это время под разными предлогами – тем самым убеждаясь, что я существую. Показательным было мое ощущение, что и само ее депрессивное состояние изначально служило одним из таких предложений. Не описывая многочисленных деталей и аспектов терапии, расскажу лишь о произошедшем год спустя: на одной из встреч пациентка достала из папки лист бумаги и карандаш и в течение сорока пяти минут в ходе беседы рисовала мой портрет. Она сказала, что унесет его с собой и будет смотреть на него, если опять почувствует себя плохо. Рисунок стал для нее переходным объектом – иллюзией, при поддержке которой ребенок обретает способность к не-депрессивному существованию в отсутствие объекта реального. Другими словами, он был первым признаком начала коммуникации между внутренней и внешней реальностью, или между пребывавшими до сих пор во взаимной изоляции частями ее Я. Для меня остался не вполне разрешенным вопрос, было ли в этом процессе *создано* нечто новое или только *активизировано* то, к чему пациентка прежде не могла найти доступа; однако со временем делалось все более очевидно, что дефицит связи с интроектом или нехватку самого интроекта ей долгие годы компенсировал симптом.

Очевидно, что принципиальное различие взглядов Аммона и Винникотта касается понимания причинно-следственных связей. В представлении Аммона симптом призван препятствовать смещению Внутреннего и Внешнего и психотической дезинтеграции: он как бы берет на себя роль изоляционной прокладки между субъективной и объек-

тивной реальностью в тех областях опыта, где разделяющая их граница либо разрушена, либо диффузна. Винникотт рассматривает болезненную симптоматику как *следствие* взаимной изоляции двух сфер – бессознательных фантазий и привязанного к реальности сознания – и невозможности свободной коммуникации между ними. Однако и в том, и в другом случае речь идет о связи симптома с нарушением нормального взаимодействия между внутренним и внешним миром, или между реальностью субъективной и объективной, или между сознанием и бессознательным, как предполагают и специалисты «парижской» школы. В каждой из этих моделей акцент ставится на недостаточности функционирования того, что разделяет и одновременно соединяет данные области, обеспечивая тем самым функционирование личности как Целого – будь то инстанция предсознательного, «зона непосредственного опыта» или граница Я.

Естественно, что средствами различных понятийных аппаратов предпосылки развития психосоматической структуры описываются по-разному. Однако то общее, что можно в них выделить, это особый характер отношений в ранней детско-материнской диаде, препятствовавший свободному развитию детского Я с самых начальных стадий – со стадий, на которых чувство Я начинает зарождаться как чувство собственного тела. Эти отношения не позволяли нормально появиться позитивно окрашенному телесному образу, отграниченному от образа другого человека и независимому от него в основных функциональных аспектах. Для сохранения собственной организации и безопасности Я вынуждено было «сепарироваться» от своей телесной основы как от чуждого объекта и объединиться против него с объектом зависимости. То, что на первый взгляд может показаться парадоксом, на самом деле есть закономерность: мать, отдающая всю заботу телу своего ребенка, делает ли она это в попытках компенсации бессознательной враждебности или по причине неспособности выйти из «психосоматического симбиоза» – в действительности *нападает* на его тело, видя в нем постоянный источник угрозы. Тем самым она подрывает у ребенка доверие к своему телу и его функциям и разрушает первичную соматическую основу для возникновения позитивного чувства Я.

Преодоление последствий раннего отчуждения Я от телесности бывает возможно через процесс «повторного усвоения тела». Описанное Маргарет Малер «психологическое рождение» ребенка в начале второго года жизни подразумевает, что мать как бы повторно отпускает его на свободу, предоставляя ему шанс на постепенное узнавание собственного тела и освоение его потенциала (Mahler, Pine, Bergmann, 1975). Однако, как отмечает Куттер, ребенок, который был рано «экспроприи-

рован» матерью, с очень большим трудом освобождается от связанности и зависимости, расплачиваясь за каждый шаг к автономии чувством вины (Куттер, 1997). Освобождению часто препятствуют и периодические материнские «интервенции», осуществляемые под давлением «тревоги за ребенка» и «во благо ему», например, постоянные клизмы из-за патологического страха отсутствия стула. Ребенок вынужден в такой ситуации лишь «подчиниться, стиснув зубы». В результате он не обретает личного опыта знакомства с миром: его почти полностью заменяет опыт, навязанный извне. Отсутствие возможности опробовать и развить функции собственного Я удерживает его в зависимости от Я другого человека, препятствуя нормальному отграничению; ущербным остается чувство идентичности и доверия, в том числе к своему телу, отчужденному от Я. По последней причине неизвестные ощущения и изменения в теле начинают вызывать мощную тревогу – что закладывает основу характерного для психосоматических пациентов аномального внимания к телесной сфере. По сути, субъект интернализует отношение к себе со стороны тревожной или враждебной матери, которая проявляла повышенную заботу о теле ребенка при недостаточной поддержке его Я.

7.2. Младенческая психосоматика

Расстройства, нередко встречающиеся у младенцев на самой ранней стадии их развития, по-видимому, можно назвать предтечами психосоматических расстройств или склонности к соматическому реагированию – несмотря на то, что сами по себе они не являются стопроцентными предвестниками формирования психосоматической структуры личности. В большинстве случаев ребенку удастся вовремя справиться с ними, самому или при поддержке первичного окружения. Однако они представляют характерные производные неблагополучия в период, когда телесные и психические процессы субъекта еще не претерпели дифференциации. Это в первую очередь нарушения питания, колики и экзема грудного возраста, которым в рамках исследований раннего детского развития уделял особое внимание Шпиц.

Значимость опыта орального удовлетворения для раннего развития общеизвестна. Еще на начальном этапе развития психоаналитической теории рот рассматривался как первая доминирующая эrogenная зона в эволюции либидинозной организации; в более поздних концепциях, разработанных под влиянием теории объектных отношений, ему был присвоен статус биперсонального модуса. С помощью восприятия раздражений слизистой оболочки и вкусовых ощущений рот становится важным первичным средством коммуникации с объектом наряду со средствами

тактильными, визуальными и слуховыми. При этом врожденные организуемые модусы проявляются со стороны как ребенка, так и матери.

Как показали исследования Шпица, новорожденный младенец не обладает сперва даже рудиментарными механизмами адаптации, не говоря уже о механизмах защитных. Первичный нарциссизм – наиболее архаичный способ его существования – постепенно переходит в самые ранние формы орального поведения, которые со временем начинают интегрироваться в паттерны, объединяемые понятием «оральная фаза». Ссылаясь на Йенсен, Шпиц сообщает, что в первые недели жизни младенец ищет разрядки любого напряжения на пути оральной активности и на любую стимуляцию в любой области тела реагирует сосательным рефлексом. Логично, что и первые сигналы о неблагополучии у него проявляются как оральные нарушения, например, неспособность к сосанию в первые дни жизни или – позднее – рвота (Шпиц, Коблинер, 2000).

Конечно, дело не в оральном удовлетворении или неудовлетворении как таковом, а в сопровождающем его эмоциональном отношении к ребенку, в том числе в процессе кормления. Шпиц исследовал младенцев в детских домах и приютах, где они были обеспечены достаточным и регулярным питанием при нехватке персонала и недостатке заботы. Согласно его наблюдениям, если жизнь детей продолжалась в таких условиях более пяти месяцев, четверть из них умирала от нарушений пищеварения, а остальные страдали от тяжелых психических и соматических патологий.

При нормальном развитии отношений в первичной диаде мать спонтанно идет навстречу младенцу в его потребностях в сытости (любви, защищенности) и тактильном контакте. Ребенок получает от нее свободный доступ к питанию и в первые месяцы жизни сам определяет режим своего кормления и необходимое количество молока; она при этом пребывает в постоянной готовности обслужить его. Речь идет о состоянии «первичной материнской озабоченности», о котором мы говорили выше в связи с исследованиями Винникотта. Если мать не проявляет подобной готовности, скажем, предпочитая кормить ребенка по определенному расписанию и подстраивать режим ухода за ним под свои более важные дела, он начинает выказывать внутреннее беспокойство, проявляющееся в судорожном плаче, нарушениях сна и пищеварения. Таким образом он требует от матери еще большего внимания, она же пытается в еще большей степени загнать его в некие рамки, замыкая порочный круг. Эта форма взаимодействия чревата развитием у ребенка болезненно амбивалентной установки по отношению к ней, так как свою агрессивность он не может ни отреагировать, ни преодолеть.

Одним из патогенных средств, имеющихся в подобной ситуации в распоряжении матери, становится попытка предложить младенцу возможно большее количество молока, например, чтобы он скорее и на более долгое время уснул. Изучение личных историй пациентов, страдающих избыточным питанием и ожирением, показывает, что их родители на любое выражение ребенком той или иной потребности отвечали предложением еды. Позднее любовь к нему проявлялась в прямой зависимости от того, насколько послушно он ест, что приводило его к невозможности нормальной переработки фрустраций и к фиксации в пассивно-рецептивной позиции (Любан-Площа, Пельдингер, Крегер, 1996). Модус связи в оральной фазе – процесс побуждения между двумя персонами – биполярен: кормлением мать выражает не только любовь, но и власть, и возможность контроля. Перекармливание ребенка является для нее попыткой компенсировать неспособность к эмоциональному контакту и избавиться от чувства вины. При этом самой элементарной и единственно доступной ему формой протеста становится отказ от пассивно-рецептивной роли, выражаемый в отворачивании от груди, ослаблении сосательного рефлекса, спазмах, выплевывании пищи или рвоте. Таковы обычно наиболее ранние проявления будущего невротического развития: ребенок бессознательно отвергает бессознательно отвергшую его мать.

Характерной разновидностью младенческих нарушений, связанных с процессом кормления, являются «колики трехмесячных», которые Шпиц относил к категории «психотоксических расстройств». Как правило, они возникают в период с третьей недели до конца третьего месяца жизни в ситуации, где боязливая и неуверенная мать (по определению Шпица, страдающая «тревожным попустительством») старается накормить ребенка всякий раз, когда он выражает неблагополучие. Воспринимая его плач лишь как сигнал о чувстве голода, она переносит собственное напряжение на младенца. Кормление помогает ему успокоиться, но ненадолго. Его реакцией на перекармливание становятся спастические боли, которые вновь побуждают мать предлагать ему грудь. Нередко таким путем она компенсирует бессознательную враждебность к ребенку и чувство вины в этой связи. Шпиц особо отмечает, что колики полностью отсутствуют в ситуациях, где дети совершенно лишены материнской заботы – например, в приютах, как заметили еще в первой половине XX века Аларкон и Сото, – а также что они возникают преимущественно у детей, страдающих врожденной гипертонией. Гипертония в совокупности с материнской тенденцией «тревожного попустительства» чаще всего становится причиной появления колик (Шпиц, Коблинер, 2000).

Почему в трехмесячном возрасте колики исчезают? Это расстройство принадлежит переходному периоду между чисто соматическим состоянием новорожденного и более развитым, обогащенным первыми психическими функциями. В течение этого периода соматическое и психическое функционирование младенца нераздельно. Лишь на третьем месяце жизни появляется «социальная улыбка» как первый организатор психики, после чего начинается постепенная дифференциация телесных и психических процессов. «Социальная улыбка» – первая намеренная и направленная реакция ребенка, указывающая на формирование «предтечи объекта» (лица другого человека как первого визуального перцепта, выделяемого из окружающего мира), на первые катектические замещения в следах памяти и усиление психической активности. Одновременно с усложнением активности телесной оральной зона перестает быть единственным проводником для разрядки напряжения. Так в распорядке младенца оказываются средства переработки неудовольствия, заменяющие пассивную желудочную реакцию.

Таким образом, ранние нарушения питания и болезненные желудочные отклики становятся сигналами вполне определенного, хотя и по-разному выражаемого дефекта отношений: не доверяющая себе мать оказывается неспособна *почувствовать* ребенка и переносит свое недоверие на него. В данном определении слово «недоверие» мне кажется более точно отражающим происходящее, чем «отвержение» у Шпица, хотя кому-то два этих термина могут показаться почти синонимичными. Недоверие обращено в первую очередь на соматические функции и потребности ребенка, которые следует под давлением тревоги истолковать по-своему и (например, с помощью перекармливания) заглушить.

Добавим, что, согласно наблюдениям Шпица, в наиболее выраженной ситуации первичного пассивного отвержения со стороны матери реакцией младенца может стать «кома новорожденного» – опасное для жизни состояние, также относящееся к группе «психотоксических расстройств». Как констатировал Шпиц, даже если прямую летальную угрозу при этом удастся преодолеть, в дальнейшем у ребенка все равно проявятся те или иные психосоматические последствия (Шпиц, Коблинер, 2000).

Другим распространенным младенческим расстройством является заболевание кожи – экзема грудного возраста. Как уже упоминалось в предыдущих главах, кожный покров представляет границу между Я и Не-Я, через которую осуществляется наиболее ранняя коммуникация ребенка с матерью. Кожа – один из главных архаических каналов их невербального диалога, служащий для передачи первых бессловесных со-

общений. Соответственно нарушение ее функционирования может быть рассмотрено как индикатор нарушения детско-материнской связи.

Многими авторами отмечалось, что кожа матери способна отчетливо выражать весь диапазон ее чувств к ребенку, от любви и нежности до ненависти. Телесный контакт (или его отсутствие) активно способствует интернализации ребенком этого отношения. Мать в качестве «вмещающего объекта» («внешняя пещера», пользуясь терминологией Шпица) реально воспринимается ребенком через кожу и как кожа; кожа содержит в себе Я матери и Я младенца. Через эту границу ребенок интроецирует материнскую способность вместить его тревогу. Неудача такого контейнирования и непринятие того, что Я и Другой содержатся каждый в границах своего покрова, ведут его к ложной независимости (так называемой «прилипающей идентификации») и к неспособности признать раздельное существование Себя и Другого (Bick, 1968).

Матерей, чьи дети страдают экземой, Шпиц описывал как женщин с инфантильной структурой личности и неудовлетворительной интеграцией Я и Сверх-Я, испытывавших к ребенку враждебность под маской боязни. Для них было характерно систематическое воздержание от телесного контакта с ребенком, мотивированное опасением причинить ему вред. Обыкновенно они выражали тревогу перед его хрупкостью и уязвимостью, компенсируя тем самым свой бессознательный негативизм. Если при этом ребенок был наделен врожденной предрасположенностью к сильным кожным реакциям, следствием могла стать повышенная либидинозная загрузка его кожного покрова, то есть усиление кожного представительства психологических конфликтов. Либидинозный гиперкатексис кожи отражает попытку добиться удовлетворения как раз той потребности, в которой ему в наибольшей степени отказывала мать (Шпиц, Коблинер, 2000). Как формулирует Пезешкиан, кожные заболевания сигнализируют через поверхность тела о том, что не может быть выражено иначе, и служат способом достигать того, что раньше не могло быть достигнуто другим путем (Пезешкиан, 1996).

Согласно наблюдению Шпица, весьма показателен факт, что у детей, страдающих экземой, гораздо реже по сравнению с другими проявляется «тревога восьмимесячных», то есть стрессовая реакция на появление в поле зрения чужого лица вместо материнского. Возникновение этой тревоги само по себе служит индикатором прогресса в развитии объектных отношений: оно свидетельствует, что мать стала для ребенка объектом устойчивого либидинозного катексиса и с ней установлена стабильная эмоциональная связь. Ее отсутствие, напротив, говорит о том, что отношения нарушены и аффективное развитие задер-

живается. Проще говоря, оно показывает, что ребенку безразлично, кто находится рядом с ним и обеспечивает заботу: как и до восьмимесячного возраста, он остается обеспокоен только удовлетворением инстинктивных потребностей.

Проблеме младенческой экземы уделяла значительное внимание и Динора Пайнз, выполнившая большой объем аналитической работы с пациентками, которые страдали данным расстройством. Согласно ее сообщению, у этих женщин отсутствовала первичная интернализация ощущения довольства жизнью, поскольку их ранний опыт телесной связи с матерью был неудовлетворительным или удовлетворительным лишь отчасти. Девочка не чувствовала, что тактильный контакт с ней дает матери наслаждение, и не получала наслаждения от нее. Подобная утрата была невозможна, так как, чтобы удовлетворить мать, она должна была пожертвовать влечением к позитивному эдипальному исходу и своим становлением в качестве зрелой женщины.

При младенческой экземе мать переживает нарциссическое разочарование в теле страдающего ребенка. Одновременно она вынуждена его постоянно утешать. Однако эта функция, отмечает Пайнз, выполняется лишь отчасти, поскольку требования ребенка превосходят уровень заботы, который она способна ему обеспечить. Он испытывает страдание не столько от физического дискомфорта, сколько от своей первичной агрессии; ситуация усугубляется тем, что он лишен адекватного «зеркального» ответа в виде любви матери к его болезненному телу. В конце концов материнское разочарование отражается в ее ответе на его требования и патогенным образом влияет на собственные нарциссические установки ребенка и на его представление о себе.

Чрезмерно длительный опыт успокаивающей материнской ласки может оказаться причиной ненормально затянутых симбиотических отношений, что в свою очередь обуславливает проблемы отношений с более поздними объектами. Связанная с экземой довербальная травма отражалась у описанных Пайнз женщин не только в нарушениях отношений с матерью, но и в повторных попытках установления контакта с объектом, обеспечивающим первичный опыт телесного успокоения. Пациентов с заболеваниями кожи, перенесших в младенчестве экзему, в аналитической ситуации обычно особенно фрустрирует запрет на прикосновение: только через физический контакт они способны ощутить реальность собеседника. Фантазии, галлюцинации или «переходные объекты» не способны заменить им реального человека, поскольку для младенца первым источником ласки и покоя является реальное материнское тело и его тепло (Пайнз, 1997).

Следует справедливости ради добавить, что не все авторы разделяют версию о материнском отвержении или отчуждении тела ребенка как первопричине младенческих кожных заболеваний. Так, Бройтигам с соавторами сообщают, что приводимая обычно в литературе отрицательная характеристика этих матерей выглядит тенденциозной и не соответствующей действительности: для них гораздо более характерным является переживание чувства вины за болезнь ребенка и ошибочное предположение, что жесты, исполненные любви, способны причинить ему боль (Бройтигам, Кристиан, Рад, 1999). Но и эти материнские установки, по крайней мере в некоторых случаях, могут носить сугубо реактивный характер. Кроме того, возможно, в них наиболее отчетливо наблюдается тенденция, о которой я говорил выше и которая, на мой взгляд, может являться общей для этиологии многих проявлений младенческой психосоматики: *недоверие к телу ребенка и к себе в отношениях с ним.*

7.3. Эволюция аффекта

Как уже говорилось, один из важнейших аспектов психосоматической структуры личности – нарушения в аффективной сфере, проявляющиеся, в частности, в алекситимии. Говоря в духе афоризма, психосоматика начинается там, где заканчивается нормальная аффективная жизнь. Развитие аффекта представляет значимую интегральную часть формирования идентичности: как отмечал Демос, ранние зачатки самоощущения ребенка кристаллизуются именно вокруг переживаний повторяющихся аффективных состояний. Поэтому в его становлении существенную роль играет отклик на эти переживания со стороны заботящихся лиц. От этого отклика зависит будущая способность к аффективной регуляции и саморегуляции. Интеграция аффекта есть ведущий фактор консолидации переживания собственного Я и интересубъективной матрицы, в которой происходит развитие (Demos, 1987).

Чтобы проиллюстрировать связь психосоматической дезорганизации с данным развитием аспектом, вернемся к вопросу о младенческой экземе. Как показали исследования Шпица, одним из этиологических факторов этого заболевания является нарушение аффективного взаимодействия в первичной диаде. В первые три месяца жизни у ребенка формируется ряд условных рефлексов и возникает реакция, которую Шпиц назвал «предвосхищением». Мать предлагает ему в невербальном диалоге широкий спектр сигналов, связанных с различными аффективными потребностями, и множество оттенков эмоционально окрашенных ситуаций. Эти оттенки вызывают аффективную реакцию «предвосхищения».

Однако сигналы, которые предлагались детям, заболевавшим экземой, были ненадежны и неустойчивы. Мать такого ребенка не обладала развитыми формами стабильного контроля и компенсации тревожности, и ее аффективные послания были неискренни и хаотичны. Согласно определению Шпица, это были не сигналы, а симптомы. Они не соответствовали действительным внутренним установкам матери по отношению к ребенку, но диктовались ее позицией «как должно быть» ради компенсации тревоги: например, кормя его грудью, она старалась нежно улыбаться, в то время как сама сдерживала раздражение или тошноту. Подобная коммуникация не могла указывать ребенку путь нормального развития: в ней лишь страдало формирование зарождающихся отношений (Шпиц, Коблинер, 2000).

Роль нормальной эволюции аффекта в десоматизации личности как важной части ее становления подчеркивали также сторонники интерсубъективного подхода: Роберт Столорю, Бернард Брандшафт, Джордж Атвуд. Согласно взглядам этих авторов, аффекты становятся организующими факторами опыта Я в процессе развития, если они встречают необходимый (принимающий, различающий, контейнирующий и синтезирующий) отклик со стороны заботящихся о ребенке лиц. Отсутствие такового ведет к кратковременным, но существенным крушениям в области оптимальной интеграции аффектов; следствием становится их отрицание или диссоциация, поскольку они начинают угрожать структуре. Ребенок оказывается уязвим для фрагментации и вынужден защищаться от аффектов ради сохранения собственного Я. Столорю с соавторами распространили понятие Я-объектных функций на четыре аспекта аффективного развития, центральных в структурализации опыта: дифференциацию, синтез, толерантность и десоматизацию (Столорю, Брандшафт, Атвуд, 1999).

Дифференциация аффектов, связанная с формированием границ Я, подразумевает, что отдельные переживания должны выделиться в ходе развития из общей первичной матрицы: как упоминалось в главе 2, Кристал описывал данный процесс как появление эмоций из примитивных предшественников аффекта. Материнский отклик помогает ребенку осознавать и различать свои разнообразные и поначалу хаотичные аффективные состояния: бессознательная настройка матери на эмоциональную волну ребенка вносит вклад в прогрессивную артикуляцию его переживания себя. Для этого необходимо, чтобы она обладала прочно структурированным самоощущением и ощущением Другого. Если подобного не происходит, ребенок переживает крушение в становлении собственного Я и нарушается процесс развития границ.

Второй аспект – синтез аффективно противоречивых переживаний, необходимый для формирования интегрированного самоощущения. Для его успешного осуществления ребенку нужно заботящееся лицо, способное доверительно принимать, понимать и в итоге объяснять его противоречивые аффекты как исходящие из целостного и непрерывного Я. Если образ ребенка пребывает для родителя в расщепленном состоянии, противоречивые переживания остаются, в соответствии с диссоциированным родительским восприятием, изолированными друг от друга.

Толерантность к аффектам и способность их использования в качестве сигналов для Я – еще один важный итог нормального аффективного развития. Когда заботящийся о ребенке человек понимает, принимает, интерпретирует его эмоциональные переживания и реагирует на них достаточно эмпатийно, он тем самым дает ребенку возможность позднее научиться делать то же самое самостоятельно. Интернализуя данные функции, ребенок обучается использовать собственные аффекты как сигналы об изменениях состояний Я, а не как индикаторы угрожающей дезорганизации или фрагментации. Эмоциональные реакции становятся для него нетравматичны. Если сигнальная функция не сформирована, аффекты будут им избегаться, диссоциироваться, вытесняться или инкапсулироваться в поведенческом отыгрывании как попытке защиты посредством отсечения целых областей эмоциональной жизни. В таких случаях они часто пробуждают болезненное чувство стыда или ненависти к себе. Эмоциональность становится невыносима, поскольку переживается как признак ведущего к одиночеству дефекта Я.

Последний аспект, занимающий нас в контексте данной работы более остальных, – десоматизация. Напомню, что Кристал рассматривал в качестве важнейшего измерения аффективного развития эволюцию аффектов от их наиболее ранних форм, являющихся преимущественно соматическими состояниями, до переживаний, которые могут быть выражены вербально. Главную роль в данном процессе играет способность заботящихся лиц правильно идентифицировать и называть словами ранние аффекты ребенка (Кристал, 2006). Продолжая идеи Кристала, Столороу с соавторами пишут, что при этом ребенку оказывается помощь не только в трансформации чувств в слова, но и в постепенной интеграции его аффективных состояний в когнитивно-аффективные схемы, то есть в психологические структуры, значимые для организации и консолидации Я.

Роль и механизмы интеграции (не-интеграции) аффектов в структуру Я могут быть проиллюстрированы приводимым этими авторами примером депрессивного аффекта: как мы уже подчеркивали, психодинамика депрессии во многом родственна психодинамике соматозов.

В ранних отношениях между ребенком и матерью зарождается способность идентифицировать и выдерживать депрессивные чувства без их соматизации. Нормальная реакция печали при сепарации или потере возникает, если депрессивный аффект осознан и перенесен. Депрессия как расстройство зарождается в ситуации раннего провала Я-объектной связи, ведущего к утрате способности интегрировать депрессивные чувства. Если мать достаточно организована, чтобы переносить и контейнировать состояние ребенка, ее Я-объектные функции будут со временем интернализированы им в качестве возможности модулировать депрессивный аффект своими силами и занять утешающую позицию по отношению к себе самому. В этом случае аффект не повлечет за собой невосполнимую для Я потерю и не затронет основ чувства собственной непрерывности. Если же мать не выносит депрессивных переживаний ребенка как не согласующихся с ее собственными аффективными состояниями, последний может начать обвинять эти переживания в себе ради спасения связи с матерью. Результатом подобного «обращения против себя» становится ненависть к себе, чувство беспомощности и отчаяния, или пожизненное ощущение внутренней пустоты, ведущее к хроническому депрессивному расстройству.

С точки зрения Столороу с соавторами, психосоматические состояния и расстройства также есть следствие неудач аффективного развития в данном аспекте. Если раннее окружение субъекта проявило несостоятельность в попытках настроиться на его эмоциональные послания, он ожидает, что его организации аффективного опыта не получат необходимого отклика. В подобной ситуации он возвращается к архаичным соматическим способам выражения аффектов, бессознательно надеясь таким образом добиться от других людей поддерживающих реакций. Таким образом, психосоматические состояния представляют собой досимволические средства аффективных сообщений, с помощью которых человек пробует установить Я-объектную связь, необходимую ему для контейнирования аффекта и для сохранения целостности собственного Я. Как демонстрирует клиническая практика, психосоматические реакции обычно убывают или исчезают, если психоаналитик становится для пациента Я-объектом, вербализующим и контейнирующим его переживания. Напротив, они возвращаются или усугубляются, если происходит нарушение Я-объектной связи или если пациент теряет уверенность в восприимчивости собеседника к своему состоянию (Столороу, Брандшафт, Атвуд, 1999). К данному пониманию психосоматики близка и Пайнз, которая пишет, что пациенты, страдающие соматическими нарушениями, в детстве бывали вынуждены адаптироваться к материнской неспо-

способности принимать и выдерживать их эмоциональный голод. Если это приспособление сопровождалось долгим периодом телесного успокоивания, ребенок усваивал способы перевода психического страдания на язык телесной болезни, позволяющей ему добиться внимания и заботы. В подобном процессе он обучался тому, как обойти психическую составляющую своей боли стороной (Пайнз, 1997).

Я не поленюсь еще раз напомнить, что идеальные отношения в первичной диаде есть, по-видимому, понятие теоретическое, и непонимание матерью детских аффектов, препятствовавшее их интеграции в структуру Я, является частицей опыта каждого человека – пусть и практически незаметной на фоне опыта более позитивного. Ничто в психике, как подчеркивал Фрейд, не исчезает бесследно, и не исключено, что вкрапления подобного рода, создающие «*homo somaticus*» внутри любого из нас, становятся в итоге ответственными за возникающие у нас иногда телесные расстройства. Все, что сказано о данном опыте как составной части наших коммуникаций, в полной мере относится и к тому, речь о чем пойдет ниже.

7.4. Психосоматогенный объект

По-видимому, следует уделить теперь особое внимание характеристике первичного окружения, в котором формировалась будущая психосоматическая структура личности. Как уже говорилось, конфликт враждебности и зависимости в отношениях с объектом – весьма расплывчатое понятие, допускающее множество трактовок, как и понятие травмы потери объекта. Каждое отдельно взятое психосоматическое расстройство произрастает из особых конфигураций семейных отношений. Пожалуй, все, что можно сказать об их этиологии в целом, обобщая известные нам факты – разумеется, за вычетом факторов генетических, социокультурных и прочих, – то, что раннее окружение психосоматического больного препятствовало его спонтанности. Его мать как первый представитель мира реальности была тревожна, не уверена в себе, в ребенке, в адекватности понимания его переживаний, слабо ориентировалась в собственных чувствах. Там, где человеку не хватает понимания себя и другой личности, он обыкновенно начинает ориентироваться на внутренние и внешние нормативы (кормя младенца грудью, *полагается* чувствовать нежность и любовь к нему). Таков универсальный путь спасения от чувства вины. Особую роль в этой ситуации играет представление матери об «идеале себя» в данной роли (идеал материнского Я), заменяющем ей зрелое чувство идентичнос-

ти, и «идеальном ребенке», имеющем эксклюзивное право на рождение и последующее бытие.

Как замечает Н. Ф. Есаян, идеальные представления матери о своем будущем или уже появившемся на свет ребенке часто оказывают на развитие последнего существенное влияние. Реальность ребенка вступает в противоречие с бессознательными проекциями родителей, что и становится фактором, провоцирующим ранние психосоматические расстройства. Есаян цитирует в данной связи Маннони: «Заболев, ребенок становится тем, о ком говорят, так как не смог быть тем, с кем говорят» (Есаян, 1994, с. 72). Согласно замечанию Фэна, материнский идеал в отношении ребенка всегда по сути является антиэволюционным, поскольку наиболее полное удовлетворение переживается матерью в отношениях с плодом. Реальность роста создает неминуемую конфронтацию и конфликт. Если мать ежедневно оставляет ребенка с кормилицей и в его поведении намечается прогресс, то, возвращаясь вечером с работы, она вновь принуждает его регрессировать (Фэн, 2005). Добавим, что чувство неуверенности может делаться особенно мощным стимулом препятствования эволюции: любые, даже незначительные, перемены в ребенке бессознательно воспринимаются как тающие в себе угрозы, и тогда усилия направляются на то, чтобы «сохранить все как было до сих пор».

Подобная ситуация усугубляется иногда тем обстоятельством, что на сознательном уровне материнские установки бывают прямо противоположны: мать ждет от ребенка, в соответствии с системой своих идеалов, изменений более быстрых и радикальных, чем те, на которые он реально способен. Так, в анализе личной истории психосоматических пациентов часто открывается следующая ситуация. В пределах первых месяцев жизни мать с готовностью откликнулась на потребности младенца, связанные со стрессовыми переживаниями. Однако затем аффективные состояния ребенка начинали подрывать ее идеальное представление о себе, и тогда выражение им эмоций становилось явлением, вызывающим неодобрение. Не имея эмпатийной связи с ребенком, не чувствуя его и не доверяя ему, она долгое время позволяла ему засыпать только на своих руках; позднее в ней пробуждалась установка «в этом возрасте дети должны уметь сами уснуть в своей кроватке», и при этом естественным образом продолжающееся требование укачивания провоцировало ее раздражение. Как отмечает Кристал, ссылаясь на Джонса, если с определенного момента эмоции ребенка перестают поощряться, особо значительную роль обретают его внутренние отклики на собственные аффекты, что ведет к формированию психосоматических паттернов как

заменителей хронических аффективных состояний (Кристал, 2006). В итоге ребенок оказывается все в большей степени неудовлетворителен в глазах матери: бессознательно она воспринимает его как прогрессирующего излишне быстро, сознательно – как излишне медленно. Аммон замечал, что психосоматогенная мать в данном аспекте близка матери шизофреногенной, ставящей ребенка в ситуацию противоречивых требований. Он должен вырасти зрелым и самостоятельным, но любые его проявления самостоятельности пугают мать, поскольку увеличивают расхождение между реальностью и идеалом. Этот конфликт утрачивает актуальность во время болезни ребенка, но после выздоровления обретает ее вновь.

Аммон также особо подчеркивал роль идеалов в развитии психосоматической структуры: согласно результатам его наблюдений, нереально завышенный образ (идеал) материнского Я и, как следствие, столь же завышенное представление матери об «идеальном ребенке» заставляли ее переживать ребенка реального как нарциссическое оскорбление и травму. Едва появившийся на свет младенец воспринимался матерью как изначально дефектный. Поэтому она начинала навязывать ему свое бессознательное требование совершенства в форме жесткого контроля всех его проявлений, в особенности телесных функций. Любые протесты со стороны ребенка вызывали у нее реакции непонимания и враждебности. Если же он заболел, то получал от нее подлинное внимание и заботу: необходимость следить за его физическим здоровьем позволяла ей подтверждать представление о себе как об идеальной матери, поддерживая тем самым ложную идентичность (Аммон, 2000). Завышенный идеал Я становился также причиной описанных Фэном неудач в развитии у ребенка фантазийной активности и мира интроектов: такая мать не допускала, что кто-либо или что-либо может заменить ему ее постоянное реальное присутствие. Подобная идеализация собственных функций и инвестиций являлась производной дефицита материнской идентичности и, как следствие, хронической тревоги и неуверенности в ребенке и в самой себе.

Как полагают многие специалисты, едва ли возможно дать однозначный ответ на вопрос, существует ли специфический вид семейного влияния, предрасполагающий к соматическим, или скорее к соматическим, чем к невротическим, расстройствам: он может быть получен только в будущих исследованиях (Бройтигам, Кристиан, Рад, 1999). Однако также многими авторами, занимавшимися вопросами психосоматики, описывалось понятие «психосоматогенная семья»: окружение будущего психосоматического больного, наделенное весьма узнаваемыми особенностями. Такая семья представляет собой систему, замкнутую на себя

и изолированную от окружающего мира за счет жесткой внутренней нормативности. Ее члены обычно весьма взаимозависимы, пребывают в хроническом эмоциональном напряжении и склонны бессознательно отвергать любые перемены в попытках сохранить групповой status quo. В отношении к ребенку в психосоматогенной семье господствуют три модуса: связывание (блокировка естественной, соответствующей его возрасту активности), отторжение (жесты и послания, вызывающие у него чувство отвергнутости и заброшенности) и делегирование (в будущей жизни ему надлежит реализовать не собственные планы, а родительские; часто – те, которые самим родителям осуществить не удалось) (Любан-Плоцца, Пельдингер, Крегер, 1996). В этой первичной группе он служит инструментом для поддержки психического равновесия родителей и не имеет права на отграничение идентичности. Он обретает опыт того, что его собственные эмоциональные проявления и потребности осуждаются, а согласие и послушность не столько одобряются, сколько воспринимаются как должное. Патогенное влияние этого опыта на ребенка дополнительно усугубляется аномальной степенью его зависимости от окружения. В подобных условиях последней возможностью получить тепло и заботу для него нередко становится болезнь.

«Связанность зависимостью» – фактор, о значимости которого для соматогенеза сообщала еще в пятидесятые годы Мелита Сперлинг. Она предполагала определенную специфику доэдипальных отношений матери и ребенка, ответственную в итоге за развитие психосоматических заболеваний – специфику, заключающуюся в том, что эти отношения носят характер «взаимного магического страхования жизни». Мать испытывает сильное желание держать ребенка в предельно зависимом состоянии путем удовлетворения его жизненно важных телесных потребностей. В самой полной степени данное желание исполняется в случае болезни ребенка, который при этом обретает уверенность, что не будет отвергнут. Такая ситуация помогает матери защититься от собственной инфантильной потребности в зависимости и реализовать бессознательные фантазии грандиозности и всемогущества. Таким образом, психосоматическая патология обнаруживает прямую связь с материнским бессознательным: Сперлинг особо отмечала тот факт, что во многих случаях подобных отношений при освобождении ребенка от симбиотической зависимости (например, в результате психоаналитической терапии) мать развивала психотическую реакцию (Sperling, 1955).

Характеристики взаимоотношений в семьях будущих психосоматических больных описываются большинством авторов сходным образом: в них преувеличенное внимание уделялось физическому здоровью, в то

же время отсутствовали эффективные средства и возможности для регулирования и решения конфликтов. Наблюдающие, контролирующие и сдерживающие активность коммуникативные элементы преобладали над отдающими, сообщающими, участвующими. Весьма распространена была «негативно-невербальная» форма выхода из конфликтных ситуаций (отведенный в сторону взгляд, поджатые губы, уход из комнаты). В такой семье чисто нормативная забота о ребенке, выглядящая со стороны иногда как близкая к идеалу, не учитывала его индивидуальных особенностей и сочеталась с эмоциональной фрустрацией. Поддержка, на которую он мог рассчитывать, состояла преимущественно в контроле и регламенте. В этой среде не было принято говорить о чувствах или бурно выражать их – особенно жесткий запрет налагался на проявления негативизма как источника экзистенциальной угрозы. Поощрялась жизнь в соответствии с принятыми в обществе социальными нормами, с которыми у членов семьи были осуществлены поверхностные идентификации. Эмоционально насыщенные связи рассматривались как выходящие за рамки их круга. Если ребенок в той или иной форме выражал неприятие этих стандартов, он становился еще более несовершенно и недостоин любви в материнских глазах¹.

Таким образом, развитие и функционирование ребенка протекало в условиях постоянной угрозы потери объекта, то есть любви. Невозможность или ограниченная возможность найти поддержку в мире объектов внутренних, обедненном в результате постоянных инвестиций материнской реальностью, превращала ее в экзистенциальную угрозу существованию. Сниженная толерантность к фрустрациям и высокая потребность в зависимости в еще большей степени лишали его способности к психической переработке тревоги и травмы. Запрещенная агрессия в адрес ненадежного и способного исчезнуть объекта перехватывалась Сверх-Я и направлялась на интернализированный в Я «плохой» объект, предназначенный к уничтожению. При соответствующей физиологической предрасположенности и совокупности иных факторов риска этим объектом становился заболевающий орган тела.

¹ Данная семейная специфика близка специфике атмосферы, в которой, согласно описанию Мак-Вильямс, проходило детство обсессивно-компульсивных пациентов. В их семьях обычно господствовали высокие поведенческие стандарты и ранние требования подчинения им. «Плохое» поведение осуждалось и наказывалось; осуществлялся жесткий контроль в отношении туалетных павыков, а также оральных и эдиповых желаний. Ребенка кормили и укладывали спать по расписанию, подавляли многие формы его естественной активности; особенно жестокий запрет налагался на мастурбацию (Мак-Вильямс, 1998). Отличие от отношений в психосоматогенной семье состояло в том, что его воспитание в меньшей степени препятствовало развитию внутренней реальности и сохранению доступа к ней. Соответственно его зависимость от внешнего объекта имела больше шансов трансформироваться со временем в зависимость от нитроекта.

Стоило ребенку заболеть, картина менялась: болезнь делалась несовершенством его тела, но не личности, подчеркивая тем самым разобщение Я и телесного Я. Против этого несовершенства он мог заключить с матерью союз. Матери его болезнь помогала разрешить острый конфликт амбивалентности: вся «плохость», «неидеальность» ребенка в такой период сжималась до размеров заболевшего органа, превращаясь в «плохую часть тела» внутри «абсолютно хорошего ребенка». Для него же самого заболевание было средством сохранить «хорошую», любящую мать. Можно сказать также, что оно давало ему возможность поддержки своей хрупкой идентичности: лишь боля, он получал от окружающих подлинное внимание и, следовательно, ощущение «Я есть». Другая функция болезни, о которой упоминает Аммон, заключалась в том, что, давая ребенку шанс приспособиться к материнской амбивалентности, она позволяла ему развивать свое Я в иных областях (Аммон, 2000).

Описанная ситуация могла иметь множество различных нюансов. Личные истории психосоматических больных, страдающих разными заболеваниями, индивидуальны в каждом конкретном случае; обобщенные характеристики их бывают специфичны для каждой нозологической единицы и непохожи друг на друга. Пациенты с синдромом гипервентиляции часто происходят из семей, где превыше всего ценились достижения и постоянно звучали слова «соберись», «постарайся», при этом поощрялись сдержанность, скромность и самообладание. Кардиофобическими невротиками, напротив, страдают чаще те, кому в детстве внушалась опасность самостоятельной активности (Пезешкиан, 1996). Больные ревматоидным артритом росли обыкновенно в чрезвычайно упорядоченных и внешне благополучных семьях с ригидно регламентированными отношениями; больные булимией – в семьях с импульсивными коммуникациями и высоким потенциалом насилия и конфликтности, где ребенок испытывал хронический страх родительского произвола (Любан-Плоцца, Пельдингер, Крегер, 1996). Однако, несмотря на столь веские различия между этими ситуациями, их объединяет одно: *не-отношение* к ребенку, то есть отказ или неспособность видеть в нем личность с правом на собственные желания и их реализацию, на идентичность и отграничение собственного Я. Это становилось причиной сохранения болезненной зависимости при постоянной фрустрации потребностей в эмоциональной поддержке и нарциссической подпитке (Куттер, 1997).

Не-отношение способствовало развитию симбиотического комплекса, который находился под постоянной угрозой разрушения в связи с доминированием социальных нормативов: проще говоря, мать, препятствовавшая формированию у ребенка зрелой идентичности, с опре-

деленного момента начинала требовать от него ее проявлений. Таков был один из вариантов реализации упомянутой выше тенденции делегирования: ребенок должен был демонстрировать ту степень зрелости, которой не смог достичь в развитии сам родитель. Эти требования рождали экзистенциальный страх потери объекта, агрессия в адрес которого была невозможна в силу зависимости от него. Материнские нормативы усваивались Сверх-Я, обретавшим ригидный и жестокий характер; ребенок учился относиться к себе так же, как относилась к нему мать. Как правило, в будущем он вполне оправдывал родительские ожидания, вырастая человеком внешне весьма адаптированным, успешным, уравновешенным и не подверженным эмоциональным всплескам; и в трудных и болезненных ситуациях, демонстрируя потребность в безопасности, любви, принятии – заболел.

Роль психосоматогенного объекта в развитии психосоматической структуры может быть также раскрыта с привлечением взглядов Шпица на возникновение негативизма, то есть способности к отрицанию нежелаемого (выше я вскользь затрагивал данную тему в связи с концепцией Аммона и обещал вернуться к ней чуть позднее). В течение первого года жизни ребенок мог исключительно пассивно страдать в ситуациях, вызывающих неудовольствие, но еще не обладал средствами, позволяющими предпринять попытку активного овладения ими. Первым средством такого рода для него становится ответ «нет». По мере возрастания моторной активности ребенка, возможности передвижения и действия (в подфазе «дифференциации», согласно Маргарет Малер), мать вынуждена все чаще прибегать в отношениях с ним к жестам запретов и ограничений. В рамках процесса вторичных идентификаций он инкорпорирует отрицательное покачивание головой и слово «нет», произносимое либидинозным объектом; данный семантический жест остается в виде следов памяти. От репрезентанта отделяется аффективный заряд неудовольствия; отделение вызывает всплеск агрессии, которая затем ассоциативно связывается со следом в Я. Когда ребенок отождествляется с либидинозным объектом, эта идентификация с агрессором сопровождается атакой на внешний мир, выражаемой в начале второго года жизни жестом отрицания и позднее словом «нет» (Шпиц, Коблинер, 2000).

Слово «нет» становится первым для ребенка абстрактным символом, указывающим на развитие его способности к суждению и оценке событий. Оно также свидетельствует о появлении возможности символизации как таковой: о ее роли в десоматизации структуры упоминалось выше. В дальнейшем ребенок демонстрирует множество поведенческих проявлений, отражающих прогресс в использовании символики.

Однако у будущей психосоматической личности данный процесс часто бывает нарушен, поскольку мать препятствует свободному выражению негативизма: понятие «ребенок хороший» для нее тождественно понятию «ребенок послушный». Страх перед собственной агрессией и автономией (ответ «нет» представляет шаг к автономии) заставляет его отказаться от отрицания и символизации ради сохранения реального объекта зависимости. Вместо этого на подобные ситуации станет реагировать его тело, освобождая Я от тревоги и чувства вины. В качестве характерного примера приведу случай пациентки, которую мать с завидной регулярностью на протяжении четырех лет пыталась определить в ту или иную спортивную секцию, хотя девочка не проявляла к спорту никакого интереса. Она не могла открыто выразить матери несогласие и послушно следовала ее решениям, но в скором времени накануне каждой тренировки у нее стало проявляться расстройство желудка. Психосоматическая реакция, таким образом, выражала нарушенную способность сказать «нет»: отрицание оказывалось направлено на инкорпорированный в тело «плохой объект» или «злокачественный интроект», то есть на часть телесного Я.

Понять психосоматическую личность в ее ригидных и механистических отношениях с реальностью дополнительно помогает представление о различии между психическим страданием и болью, которое сформулировал Федерн. Страдание подразумевает активную переработку боли, мобилизацию защитных механизмов и использование травматического переживания для достижения нового уровня адаптации. «Человек соматический» к такой переработке не способен, или эта способность рудиментарна, так как он лишен поддержки опытом иллюзий. Его мать под давлением нарциссического идеала материнства отвергала его субъективную реальность, навязывая взамен свою собственную, не допуская замены ее переходным объектом и препятствуя развитию успокаивающих фантазий. Образно говоря, эти дети вырастали, не выпуская изо рта груди. Столкновение с реальностью в виде отсутствия груди или укачивающих материнских рук всякий раз оборачивалось для них непереваримой болью, не включаемой в границы Я; они были вынуждены намертво привязать себя к реальности, чтобы застраховаться от столкновений с нею. Образно говоря, они облачились в непробиваемые доспехи, поскольку были лишены кожного покрова. Такая личность подобна профессиональному солдату на поле боя: недопустимо фантазировать, вспоминать, мечтать, переживать страх, ненависть к противнику или любовь к оставленным близким – чтобы выжить, надо превратиться в боевую машину. Я сгущаю краски, чтобы нагляднее подчеркнуть глубинную суть происходящего и задать главным вопросом: возможно ли дать

этому человеку осознание того, что его связывает страх прошлого; что бой, который он продолжает вести, давно завершен?

7.5. «Болезни одиночества»

Мир без сумасшедших был бы безумен.

Станислав Ежи Лец

Современная наука давно уже не подвергает сомнению тесную взаимосвязь между индивидуально-психическими, межличностными и в широком смысле социокультурными процессами. В последние десятилетия многие авторы заговорили о необходимости перевода исследований личности на новый уровень – уровень, на котором ее проблемы рассматриваются в контексте культурной среды. Шпиц, ссылаясь на работы антропологов Маргарет Мид, Рут Бенедикт и других, упоминал о тесной связи детско-материнских коммуникаций в конкретной культуре с формами культурных институтов данного общества, подчеркивая важность изучения этой связи для понимания личностного развития (Шпиц, Коблинер, 2000). Также, согласно обзору, выполненному Куттером, многие немецкие психоаналитики – Альфред Лоренцер, Клаус фон Хорн, Александр Митчерлих – способствовали «социологизации» теории объектных отношений сообразно с представлением об общественной природе субъекта (Куттер, 1997). Это лишь два возможных примера из множества.

Очевидно, что и понимание этиологии и патогенеза психосоматических проблем не может быть достаточно полным без учета влияния культуры. Не случайно Митчерлих обозначал психосоматическую медицину как медицину социальную, подчеркивая, что условия жизни общества существенно влияют на развитие и течение болезней. Шеффер еще в 1966 году ввел понятие «социопсихосоматика», подразумевающее рассмотрение социальных и межличностных связей и обусловленных ими конфликтов как причин психосоматических заболеваний. Данный вопрос тем более актуален, что современное индустриальное общество, членами которого мы являемся, крайне болезнетворно влияет как на атмосферу ранних семейных коммуникаций, так в итоге и на функционирование психических структур индивида.

Как замечал Шпиц, современное общество подвержено частым и внезапным изменениям социальных условий в результате экономических, технологических и прочих трансформаций, что влечет за собой значительные модификации общей схемы отношений между ребенком и матерью. Быстрое ухудшение коммуникаций в первичной диаде за последнее столетие, с его точки зрения, было связано в первую оче-

редь с развитием индустрии и соответствующим изменением идеологии. «Мы находимся под гипнозом... сомнительных благ технологии, – пишет Шпиц, – мы применяем коляску, сложные детские кроватки, держатель бутылочки и т. д., забывая при этом спросить, не слишком ли большую дистанцию мы установили между собой и своими детьми, не лишаем ли мы их соприкосновения, мышечной стимуляции и стимуляции глубокой чувствительности – всего того, что дают своим детям менее цивилизованные народы. Быстро возрастающая дистанция между ребенком и матерью достигла в нынешнем веке кульминации» (Шпиц, Коблинер, 2000, с. 220). Мне кажется, что не случайно именно XX век «подарил» человечеству наряду с эпидемией психосоматических болезней массовые депрессивные тенденции и огромные масштабы антисоциальных форм отреагирования конфликтов. Психосоматика, депрессия и асоциальность составили патологическую триаду, которую я объединяю понятием «болезни одиночества» (Рождественский, 2006б).

Согласно Винникотту, одним из важнейших свойств зрелой личности является способность к нетравматичному переживанию одиночества (к тому, что я предпочитаю называть уединением). Данное свойство подразумевает нормальную сформированность границ Я, или дифференциацию Я и объекта, и умение принять себя в существующей реальности в отсутствие объекта-опоры, который можно назвать здесь компенсирующим или дополняющим. С переживанием одиночества ребенок впервые знакомится обыкновенно в конце первого – начале второго года жизни, по мере осознания своей отдельности от матери и реальной ограниченности собственных возможностей (согласно Малер, в процессе «психологического рождения»). В этой встрече с реальностью он все лучше осознает границу между ней и магическими фантазиями. Субъект мало способен к одиночеству, если знакомство с реальностью было для него травматичным – то есть если последняя преждевременно вторглась в границы его Я. Уже упоминалось, что Винникотт рассматривал подобную ситуацию как наиболее опасную для младенца: попав в нее, он теряет возможность постепенного принятия реального мира и лишается подстраховки иллюзиями (о сути этого явления речь шла выше). При нормальном ходе развития сфера иллюзий становится пространством, заполняющимся в его взрослой жизни искусством и религией. В случае преждевременного разрушения иллюзий заменой им становятся средства возврата от реальности к утраченному всемогуществу – наркотики и алкоголь (Winnicott, 1965).

Говоря о связи проблем индивида и социума, целесообразно рассмотреть в рамках представлений об иллюзиях понятие культуры. Как

правило, этим словом обозначают всю совокупность продуктов человеческой активности; однако здесь я предпочту разграничить вслед за Шпенглером культуру и цивилизацию. Цивилизация есть навязываемая человеку в планетарном масштабе реальность: достижения технических наук, промышленность, сверхновые технологии. Культура как продукт сферы иллюзий подстраховывает его от травмы принятия реальности, давая людям веру, искусство, нравственные ценности, традиции. Культура обитает внутри человека; цивилизация существует вне его и независимо от него. Культура поддерживает его, цивилизация – использует. Культура уходит корнями в прошлое; цивилизация стремится отбросить это прошлое как досадную помеху. Культура связана с наиболее глубокими слоями этнического бессознательного. Цивилизация не знает этнических и национальных различий: она обобщает. И, обобщая, она разрушает иллюзии, порождает непереносимое одиночество и внутреннюю пустоту.

Пустота и одиночество – две стороны одной монеты. Так, согласно Малер с соавторами, интернализация ребенком либидинозного объекта есть обязательное условие для нормальной сепарации и достижения психологической автономии (Mahler, Pine, Bergmann, 1975). Сформировав внутренний поддерживающий объект, ребенок обретает определенную степень независимости от поддержки извне. Это и есть шаг к превращению одиночества в уединение. Напротив, он одинок и беспомощен без внешнего объекта, если последний не заполнил некое пространство в его Я.

Но что такое «объект»? Согласно одному из существующих определений, это – то, с чем субъект соотносит себя в поисках идентичности. Идентичность же формируется во взаимодействии субъекта не только с первичной группой, но и с целой культурой, которой он принадлежит. Культурная традиция дает индивиду совокупность необходимых *imago* – своего рода филогенетически наследуемый объект в коллективном (национальном, этническом) бессознательном. Можно назвать это мифом, сообразно с которым структурируется его онтогенетический опыт. Человеку не грозит внутренняя пустота и одиночество, пока он не теряет связи с корнями, верованиями, традицией – с культурой, соединяющей людей. Если связь утрачена, рождается разобщенность. Одинокий человек вынужден активно искать зависимости, выстраивать отношения с компенсирующими объектами. И, переживая в этих отношениях травму потери, он использует ради их сохранения симптом.

Подобной тенденцией был отмечен весь XX век. С научно-техническим прогрессом и развитием индустрии культура далеко отступила

перед цивилизацией. Материя оказалась бесконечно делима, течение времени – относительно, человеческая жизнь – ничтожно малоценна. Наступило столетие страха, проблеме которого уделили огромное внимание философы-экзистенциалисты – Марсель, Сартр, Хайдеггер, – описавшие человека как обособленное существо, вынужденное полагаться исключительно на себя и оснащенное лишь надеждой на лучшее. Мир потерял свойство предсказуемости, и противоречие между иллюзией и реальностью обострилось до предела. Традиционные ценности, нормы, регуляторы бытия стремительно девальвировались. Говоря словами Ницше, умер старый Бог. Говоря словами Винникотта – человечество пережило крах иллюзий и оказалось не готово к принятию реальности. Последствия этого процесса наиболее ярко проявились в судьбах народностей, чей характер мировосприятия близок к детскому – например, малых северных народов России. Когда цивилизация отняла у них традиции, верования, ритуалы, анимистические воззрения, возможность беседовать с духами предков – на смену этим ценностям, в полном соответствии с концепцией Винникотта, пришел практически стопроцентный алкоголизм.

Данная ситуация, по-видимому, способствовала массовому распространению того, что я назвал «болезнями одиночества», – депрессий, психосоматических патологий и форм асоциального поведения. Все они по сути есть производные одиночества личности, переживающей внутреннюю пустоту и не находящей в себе опоры для принятия реальности. Эта пустота – пространство, не занятое плодами иллюзий, – заставляет ее болеть ради сохранения компенсирующего объекта. Я склонен полагать, что во всех трех случаях мы имеем дело с попытками разрешения все того же самого конфликта между враждебностью к утраченному (утрачиваемому, ускользающему) объекту и ощущением непреходящей зависимости от него.

Многие авторы склонны рассматривать психосоматические болезни XX века как производные экзистенциального страха – страха не совладать с существованием, страха самоотдачи, становления, изменений, нужды. Страх подвержен соматической конверсии: острой – в форме конверсионной истерии, хронической – в форме вегетативных процессов и психосоматозов (Любан-Плоцца, Пельдингер, Крегер, 2000). В качестве наиболее яркого примера стоит упомянуть булимию: согласно сообщениям ряда исследователей, в поисках психоэтиологических следов в раннем детстве пациентов, страдающих этим заболеванием, не удастся установить конкретных травм или условий окружающей среды. Соответственно булимию они склонны объяснять социальными проти-

воречиями, в которых развиваются женщины в современном обществе – противоречиями, вызывающими страх самостоятельности, неприятие собственного тела, конфликты сексуальной идентификации. Бройтигам с соавторами, ссылаясь на Хабермаса, называют эти проблемы критическими для женского постпубертатного развития в XX веке (Бройтигам, Кристиан, Рад, 1999). Можно было бы возразить, что булимией болеют далеко не все или даже не большинство женщин нашего времени, хотя большая часть их вынуждена жить в сплетении упомянутых противоречий. Однако нельзя отрицать того, что современная индустриальная среда способна серьезно обострять индивидуальную, заложенную в ранних отношениях проблематику – например, требованиями, которые она выдвигает к личности. По-видимому, это касается большей части психосоматических болезней.

В свое время Митчерлих и Лабхард, говоря о значении социальных условий в патогенезе психосоматических расстройств, охарактеризовали последние как продукцию неправильного развития отношений между индивидом и социальными структурами. Ведя речь о современном индустриальном обществе, я предпочел бы говорить не столько о «неправильности», сколько о болезненной закономерности. Цивилизация очень похожа на сверхнормативную психосоматогенную мать, которая плохо понимает нужды реального ребенка, зато хорошо знает, что необходимо ребенку идеальному. Такая мать по сути использует детей в своих неосуществленных интересах. Цивилизация использует людей. Она диктует человеку, чего ему следует хотеть и достигать, не интересуясь его реальными желаниями и возможностями. Человек болезненно переживает свое несоответствие идеалу и неспособность добиться эталонного успеха. Ради последнего он часто готов жертвовать телом, здоровьем. По моим наблюдениям, паттерны его Я при этом трансформируются легче и быстрее, чем кодекс Сверх-Я; в результате со стороны последнего Я подвергается дополнительному прессингу. Добавлю, что это общество, как и психосоматогенная семья, оставляет человеку мизерные возможности эмоциональной разрядки конфликтов, тем самым дополнительно способствуя их соматизации. Если цивилизация, таким образом, фактически дублирует поведение психосоматогенной матери, неудивительно, что и семейные отношения в ее рамках часто (и все чаще) наследуют именно эту модель.

Выше мы говорили о функциональной параллели между психосоматическими и депрессивными процессами и о сходстве динамики депрессий и психосоматозов, а также о том, что эти заболевания часто сопутствуют друг другу; полагаю, все, что в данной главе было сказа-

но о психосоматике в современном обществе, может быть с тем же успехом отнесено к депрессии. Теперь заметим, что психосоматические заболевания, как сообщает, например, Куттер, нередко сопровождаются аффектами, разряжающимися в асоциальном поведении. Этот феномен, по-видимому, также не случаен – в первую очередь потому, что дефекты отношений в первичных группах у носителей данных патологий были почти идентичны. Говоря упрощенно, если на будущего соматического больного родители обращали подлинное внимание, когда его требовалось вылечить, то будущей асоциальной личности оно уделялось, когда ребенка требовалось наказать (Куттер, 1997). Сходство между наказанием и излечением очевидно: в обоих случаях речь идет об избавлении субъекта от некоего недостатка – от «плохой» части его Я.

Данный стереотип также дублирует отношение социума к своим членам. Мать психосоматической личности гиперсоциальна, при этом не склонна или неспособна уловить эмоциональные потребности, понять и принять индивидуальность другого человека. Социум (по вполне понятным причинам) тоже ориентирован на нормативы и законы, тоже пренебрегает личностными особенностями отдельных людей. Как и психосоматогенная мать, он пребывает под мощным давлением некоего идеала – идеала коллективного Я. В индустриальном обществе цементирующая функция такой инстанции особенно значима: любой норматив востребован прежде всего там, где ослаблены или отсутствуют эмпатийные связи. Стремясь к идеальному самовосприятию, социум должен вырастить столь же идеального, «правильного» «ребенка». Реальность же, за редким исключением, оказывается для него нарциссической травмой. Возможно, отсюда вытекает чрезмерная иногда строгость наказаний за правонарушения, которая в итоге ничего не дает. Хорошо известно, что наказание не «излечивает» преступника, а толкает к новому преступлению. Именно так в психосоматогенной семье забота о заболевшем ребенке заставляет его болеть снова и снова, чтобы добиться внимания, заявить: «Я есть».

Если психосоматическое заболевание, как говорилось выше, есть «депрессия тела», можно сказать, что асоциальность – это психосоматоз общества. Предвидя вероятную критику, я все же поделюсь мыслью о том, что общество испытывает в ней насущную потребность. Подобно тому как для соматического больного тело становится контейнером «плохости», очищая его душу и гарантируя принятие, – так и асоциальный элемент призван впитывать все, что социум в себе отрицает. Асоциальный субъект необходим обществу, чтобы оно чувствовало себя «хорошим», сепарируясь от него. (Пусть читатель расценит это как шутку, но рискну

допустить, что, если неким невероятным путем люди покончат во всем мире с такими преступлениями, как убийства, изнасилования, разбои, кражи и т. п., наказанием за неправильный переход улицы или безбилетный проезд вскоре станет многолетний тюремный срок).

Однако и общество необходимо асоциальному субъекту: как и психосоматическая личность, он ориентирован на потребление. Он переживает хроническую оральную неудовлетворенность и сильный конфликт враждебности и зависимости по отношению к объектному миру, который не может быть разрешен с помощью невротических защит. Как и психосоматик, он обладает опытом того, что объект уделяет подлинное внимание только его «плохой» составляющей. Можно сказать и наоборот: если он сам «хороший», объект становится для него «плохим» – гипернормативным, не признающим его желаний, его прав на существование. Приходится говорить в первом случае об экстернализации садистического Сверх-Я, во втором – о проекции «плохой» части Я. Так или иначе, у асоциальной личности жестокое, основанное на наказующих и преследующих интроектах Сверх-Я не способно ужиться со «злокачественным интроектом» в Я: либо от одного, либо от другого следует избавиться с помощью проективных механизмов. Проективная идентификация делает объектный мир реально преследующим. И лишь в этой реальности асоциальный субъект может сказать себе: «Я есть».

Чтобы замкнуть треугольник «болезней одиночества», проведу теперь связь между асоциальным поведением и депрессией с помощью простого примера. Мой пациент рассказал однажды, как он ехал в пригородной электричке после весьма травматичного разрыва отношений с близким человеком – ехал в подавленном, субдепрессивном состоянии. Минут за пять или десять до своей станции он совершил административное правонарушение: вышел в тамбур и закурил. Даже краткий анализ этой ситуации вполне убедительно показал, что руководило им в тот момент не желание курить, а потребность в контакте с людьми хотя бы в лице бригады ревизоров или наряда милиции. Он сказал, что, если бы ему пришло в голову поделиться своей болью с кем-то из пассажиров вагона, скорее всего эти люди, у которых достаточно своих проблем, просто отодвинулись бы от него; что гораздо проще было объяснить свое состояние тому, кто по долгу службы первым обратил бы на него внимание. Это лишь маленькая иллюстрация к тезису о том, что в условиях межличностной разобщенности асоциальная форма поведения вполне может оказаться кратчайшим и наиболее приемлемым для Я путем к объекту.

Приведу теперь более детально еще один пример, демонстрирующий связь между депрессией, психосоматическими проблемами

и асоциальным поведением в современном обществе. Сотрудники правоохранительных органов отправили ко мне на консультацию молодую женщину, несколько раз задерживавшуюся охраной в супермаркетах: она воровала продукты. В процессе нашего собеседования она демонстрировала глубокое депрессивное состояние, была замкнута, часто повторяла: «Мне было нечего есть»; «Я больна, работу потеряла, жизнь не удалась». Столь же часто она говорила об абсолютной несправедливости всего, что с ней произошло. Что имелось в виду?

Ее мать, в то время двадцатилетняя воспитательница детсада, забеременела ею от случайной связи. Она не была готова к материнству и приняла его как злой поворот судьбы; особенно угнетало ее то, что родилась девочка: «Быть женщиной в наше время так трудно». Главной жизненной ценностью в ее глазах всегда являлась материальная обеспеченность, хорошо оплачиваемая работа и все, что необходимо для ее получения: диплом престижного ВУЗа, знание языков и т. д. (да и многие ли из членов нынешнего общества позволяют себе с данным взглядом не согласиться?). Рассчитывать на это теперь, очевидно, не приходилось. Мать представляла собой, если можно так выразиться, образец ложной маскулинности: ее манифестной установкой была формула «в жизни следует полагаться только на себя», однако при этом реально положиться на себя она явно не была способна. Со слов пациентки, долгое время после ее рождения состояние матери было близким к паническому: она чувствовала себя одинокой и беспомощной «с внебрачным ребенком на руках, от которого отвернутся все».

Материнский страх перед будущим и ее негативное восприятие женственности наложили отпечаток на воспитание ребенка. С ранних лет мать стала подталкивать дочь к самостоятельности, к успеху. При этом ей неизменно внушалась в той или иной форме мысль о жестокости мира, которому надо уметь противодействовать и в котором следует выжить, прежде чем начинать жить. Так, читая девочке сказку со счастливым концом, мать не забывала добавить в заключение: «Но такое случается только в сказках». Будучи для нее первым представителем реальности, она всем своим поведением подтверждала тезис о суровости последней: эмоции из отношений были практически исключены, регламентировалось все, что поддавалось регламентации: время еды, сна, игр и т. п. По сути, побуждая дочь к самостоятельности, она отнимала у нее любые возможности эту самостоятельность проявить – хотя бы в разработке собственной оценки мира. В восемь лет у девочки началось шелушение кожи, межреберная невралгия, затруднения дыхания. С этого времени она стала часто болеть.

Когда дочери было девятнадцать лет, у матери появился мужчина. Девушка не хотела отчима: она привыкла жить с мамой вдвоем. Она открыто выражала раздражение, злость, уходила из дома ночевать к подруге. Наконец, найдя работу, она сняла комнату. Вскоре после этого у нее стали возникать приступы учащенного сердцебиения, головные боли, спазмы, нередко сопровождаемые страхом умереть в одиночестве. Год спустя обнаружилось уплотнение груди, и она была госпитализирована с подозрением на опухоль. Диагноз не подтвердился. Однако за время госпитализации ее уволили из фирмы, и она вынуждена была вернуться домой, к полной зависимости от матери с отчимом. Через два с небольшим года после этого эпизода она совершила свою первую кражу. Примечательно следующее: первым, что она украла, был пакет молока.

Известно, что одной из наиболее распространенных при депрессии защит является отрицание. Я отнес бы эту особенность и ко многим пациентам психосоматического профиля. Моя собеседница как будто изо всех сил стремилась не допустить до осознания травмирующие аспекты ранних коммуникаций, отвергая всякую связь своих проблем с переживаниями отношений. Так, она соглашалась, что нередко в детские годы ощущала себя одинокой и заброшенной, но тут же оправдывала мать тем, что та всю жизнь работала ради нее, уставала, не находила времени на совместные игры или прогулки. Жесткость маминого воспитания объяснялась ее желанием как можно лучше подготовить дочь к тяготам жизни. Шелушение кожи в восьмилетнем возрасте связывалось ею с «купанием в грязном пруду», сердцебиение и головные боли – со злоупотреблением кофе и сигаретами, и т. д. В те годы, обладая еще незначительным практическим опытом, я искренне рассчитывал суметь быстро показать пациентке происходившее с ней под иным углом зрения. Может быть, соматические симптомы и впрямь, по крайней мере отчасти, были связаны с этими факторами; но характерно то, что она отталкивала саму мысль о возможности существования более глубоких причин. Все, что касалось детства и жизни вдвоем с матерью, устойчиво идеализировалось. Негативизм изливался на отца, которого она никогда не видела. Объектом переноса стал отчим.

Можно предположить, что мать пациентки так же всю жизнь отворачивалась от реальности, не умея принять себя в ней. Поскольку у матери был завышенный идеал Я, у нее должен был быть и столь же идеальный ребенок. Последний же начал отклоняться от идеала с того момента, когда родился девочкой. Болезни дочери были необходимы, так как они помогали маме в разрешении острого конфликта амбивалентности: «плохая» часть ребенка превращалась в «плохую болезнь», ата-

кующую «идеального ребенка». Болезнь заполняла внутреннюю пустоту и одновременно объединяла дочь с матерью, делаясь врагом, против которого они могли заключить союз.

Для гиперсоциальной матери внебрачный ребенок сам по себе был пятном позора. Смыть его могли только жизненные успехи дочери, знаменующие ее приближение к «идеалу». Именно ради этого мать с самого начала «готовила ее к трудностям», навязывая собственное восприятие мира как холодной и враждебной среды. Ее слова «такое бывает только в сказках» лишали девочку поддерживающего опыта иллюзий. Между фантазией и реальностью в ее душе оставалась пустота. Внешний мир был вторым общим врагом, присутствие которого объединяло. Возможно, пациентка бессознательно избегала успеха, так как он означал бы ее принятие миром и, значит, предательство по отношению к маме. С другой стороны, ее неуспешность могла быть выражением протеста против установок матери, требованием принимать ее такой, какова она есть. Так или иначе, работа, семья, независимость – все это убило бы надежду обрести наконец *безусловную* любовь.

Продолжением телесных и депрессивных реакций стали в конце концов симптомы асоциального поведения. Символично, что женщина воровала именно еду, которая, начиная с молока, представляет первое выражение любви на оральном уровне. Следовало либо компенсировать этим путем дефицит любви, либо быть задержанной, то есть привлечь к себе внимание. Такова была ее новая попытка разрешить конфликт между враждебностью к объекту и непреходящей зависимостью от него. Яростное требование к матери обернулось требованием к окружающему миру: ведь эти два объекта были весьма схожи, как ни парадоксально данное утверждение на первый взгляд.

Замечу здесь в заключение, что для психотерапевта не безразлично, является ли проблематика его пациента продуктом лишь индивидуальных дефектов развития, или она в определенном смысле закономерна для общества на данном временном отрезке. Понимание людей, страдающих «болезнями одиночества», должно основываться на понимании «болезней» социума. Цивилизация в XX столетии навязала человеку новые условия бытия. Как самодовлеющее начало, она использует его в своих интересах, при этом декларируя, что сама существует для блага человека. В этой среде родители под давлением диктуемых цивилизацией идеалов нередко точно так же делегируют в жизнь ребенка, чтобы он осуществил в ней не удавшееся им. Точно так же они не устают подчеркивать, что главной их целью является его благо. И ребенок этому верит.

Идеалы цивилизации иногда недостижимы, иногда чужды человеку. Опыт иллюзий может стать для него надежной опорой: вера помогает справиться с переживанием бессилия, мечта – с чувством бессмысленности бытия, идентификация с героем позволит найти выход из безвыходной ситуации. Без иллюзий человек, ограничивший свой мир реальностью, ощущает себя вынужденным приспособливаться к ней и неспособным что-либо в ней изменить. Он зависим от нее и потому враждебен ей. Одиночество для него – прежде всего беспомощность. Противоположным состоянием является всемогущество и ожидание несбыточного (в отличие от несбывшегося), завершающееся травматичным разочарованием. Но в обоих случаях мир воспринимается им как отнявший у него право быть собой, быть идентичным себе. Его главная характеристика – несправедливость. Такой мир превращает человека в *homo somaticus*. И отношения между ними начинают выстраиваться через симптом.

III. ДИАЛОГ С ТЕЛОМ

Порой человек чувствует себя в себе
самом как незваный гость.

Станислав Ежи Лец

1. ОБЩИЕ ЗАМЕЧАНИЯ

Психотерапия психосоматической личности непроста. О ее трудностях хорошо осведомлены те аналитики, которым доводилось вести пролонгированную, многолетнюю работу с «классическими» психосоматиками с их скудной эмоциональной жизнью, ограниченностью фантазий и механистичным мышлением. Трудности эти нисколько не напоминают те, что связаны с бурными и опустошающими реакциями контрпереноса в анализе пограничного субъекта или с необходимостью тончайших интуитивных шагов к пониманию шизофренической реальности. Эта работа монотонна, обладает порой едва угадывающейся динамикой и вполне способна вызывать у терапевта чувство стагнации и безысходности, усугубляющееся тем, что собеседник не демонстрирует сколь-нибудь выраженной мотивации и интереса к исследованию и, кажется, в любой миг готов зевнуть и равнодушно сказать: «Ладно, я думаю, продолжать нет смысла, спасибо вам за все». Попытки нащупать каналы, соединяющие его сознание с внутренним миром, иногда напоминают усилия кладоискателя или археолога, долбящего киркой камень в поисках полости древнего захоронения и все сильнее подозревающего, что на самом деле перед ним лишь скальный монолит. Но с этими сложностями знаком и каждый, кто встречался с «человеком соматическим», неожиданно проглядывавшим из «обычного», невротического пациента – например, только что перенесшего тяжелое потрясение, потерявшего кого-то из близких и т. д. Он преображается, односложно отвечает на вопросы, отказывается от грез и фантазий, всем поведением давая понять, что ему теперь «не до этих пустяков», а порой и сообщает об ухудшившемся физическом состоянии или даже заболевает всерьез. В такие периоды не является редкостью ощущение психоаналитика, что под влиянием реальной жизненной ситуации пациент стал «временно неаналитичен», и придется то ли просто выждать какое-то время, то ли перевести терапию в поддерживающий режим.

Когда я учился в институте психоанализа, нам читали, в частности, лекции по «критериям аналитичности» и принципам «отбора подходящих для анализа лиц» (читай – отбраковки неподходящих). Алекситимия в этих лекциях рассматривалась как одно из главных противопоказаний. Много позднее я спросил у своего психоаналитика, каковы его личные критерии отбора пациентов, и есть ли среди них те, кому он отказывает. Аналитик ответил: «Пациенты бывают трудные, очень трудные и безнадежные. Я пробую помочь им всем». Это мудрая позиция: едва ли было бы лучше выделять категорию лиц, по тем или иным личностным особенностям заведомо обреченным остаться без нашей помощи. Я не ставлю перед собой задачу однозначно ответить на вопрос, возможна ли продуктивная аналитическая работа с «человеком соматическим», не злоупотребляющая активными техниками и манипуляциями в духе Ференци и Александра. В моей практике подобные пациенты встречались нечасто; одним из них я помочь не смог, и они покидали анализ практически такими же, какими начинали его несколько лет назад. Другие (их было меньше) испытали значительное улучшение состояния, обогатив и активизировав свою психическую жизнь, а одна пациентка в ходе терапии полностью избавилась от психосоматоза, которым страдала до начала нашего сотрудничества почти пятнадцать лет, но я не настолько самонадеян, чтобы видеть в этом исключительно свою заслугу. Таким образом, не считая себя искушенным специалистом по психосоматической личности, я хочу всего лишь поделиться некоторыми мыслями о том, как «попробовать помочь» этому человеку – даже если кажется, что работа обречена на неуспех.

Я буду вести речь преимущественно о «классических» психосоматических больных с более или менее ярко выраженными особенностями, о которых говорилось во второй части книги – просто потому, что «человек соматический», которого мы можем на той или иной стадии анализа встретить в любом пациенте, проступает в них наиболее стабильно и наглядно. Первое затруднение, которое терапевт во многих случаях испытывает с первых консультационных сессий с психосоматическим пациентом, касается его мотивации и предполагаемых целей предстоящего процесса. Причиной обращения такого кандидата к психотерапевту обычно становится желание избавиться от соматического симптома, если последний присутствует: иногда он слышит от своего лечащего врача, что его болезнь требует не только телесного, но и психологического вмешательства, иногда сам настолько начитан и образован, что знает о ее отчасти психических корнях. Проблема состоит в том, что, произнося «я хочу вылечиться от...», он чаще всего не выказывает ни подлинного по-

нимания необходимости психотерапии, ни интереса к своим душевным процессам и их связям с телесным страданием. Он просто ждет от аналитика некоего действия, которое (как он читал или слышал) доставит ему облегчение, но не выражает ни желаний, ни готовности стать в этой работе его партнером. Если пациент психосоматического профиля не жалуется на физическое здоровье, его могут привести в кабинет психотерапевта общие жизненные затруднения: проблемы в семье или на работе, неспособность к отношениям, ощущение своей инфантильности, тревожные или депрессивные состояния и т. п. Однако и в этом случае терапевт быстро проникается ощущением, что к нему зашли так же, как в часовую мастерскую: от него требуется починить что-то разладившееся, а клиент, мало интересуясь тем, как это будет делаться, согласен немного подождать.

Возможно, главная неоднозначность данной ситуации состоит даже не в том, готов ли пациент к сотрудничеству, а в том, что *он не знает и не может знать, что ему на самом деле нужно*. Этого не знает поначалу и терапевт: иногда, чтобы понять истинную потребность пациента, нужно проработать с ним несколько месяцев или даже лет. Однако ему известно другое: *запрос, предъявляемый пациентом, не может быть удовлетворен*. Нельзя магическим путем избавить человека от бронхиальной астмы или язвы желудка; и хорошо, что этого нельзя сделать, поскольку *запрос, предъявляемый пациентом, не должен быть удовлетворен*. Важной составной частью профессионализма терапевта является умение отличать *желания* пациента от его *истинных потребностей*: как правило, удовлетворение последних осуществляется через фрустрацию первых. Солдат, получивший в бою тяжелое ранение в живот, испытывает сильное желание пить; но те, кто заинтересован в его жизни, знают, что глоток воды может убить его. Нельзя забывать, что соматический симптом, об устранении которого просит пациент, выполняет в его жизни важную защитную функцию, например, препятствуя личностной дезинтеграции. За прямым избавлением от него (если бы оно было реально) могла бы последовать аффективная дезорганизация или глубокая депрессия; известны многие случаи, когда после ликвидации болезни путем оперативного вмешательства человек совершал суицид. Кроме того, как отмечает, например, Аммон, телесный симптом часто служит средством поддержки межличностного, в частности, семейного равновесия: нередко вслед за его исчезновением семья пациента распалась. Также нередко после выздоровления больного носителем аналогичного симптома в его семье становился кто-то другой, чаще всего его мать (Аммон, 2000).

Центральная задача психоаналитической работы с психосоматической личностью, как видит ее и Аммон, и многие другие специалисты, состоит не в том, чтобы устранить телесный симптом или хроническое тревожное состояние как таковое, а в том, чтобы предоставить пациенту условия для развития его Я вплоть до более или менее зрелой идентичности; чтобы активизировать его психику и позволить ему наладить связь со своим бессознательным. Его следует научить выражать конфликты и аффективные состояния не телом, а чувствами и словами. Для этого необходимо реактивировать его бессознательные деструктивные и орально-рецептивные импульсы, то есть сделать как раз то, против чего с раннего детства выстраивалась вся система его защит. Трудность данной задачи тем более велика, что ни один психосоматический субъект (как мне думается) не формулирует цель своего визита к психоаналитику в подобном виде даже в мыслях. Он просто хочет избавиться от нейродермита или наладить отношения в семье.

Быть может, в данном обстоятельстве заключена причина того, что многие врачи весьма скептически относятся к перспективам психоаналитического лечения подобных пациентов. С. Л. Шишкин – автор предисловия к русскому изданию «Психосоматической медицины» Александра – прямо сообщает, что в годы деятельности этого исследователя эффективность психоанализа психосоматических расстройств преувеличивалась, и что, по современным данным, неспособность таких людей к выражению эмоций оказывается крайне трудноодолимым препятствием для применяемых к ним классических техник. Однако психоанализ давно не исчерпывается техниками «классическими», то есть ориентированными на развитие невроза переноса и его последующего разрешения с помощью интерпретаций. Он включает также методологии Ференци, Балинта, Когута, других авторов, исследования которых касались не только пациентов невротического уровня функционирования, способных к интернализации и развивающих полноценный объектный перенос.

Традиция, восходящая к Александру, предписывает психотерапевтам, берущимся за работу с психосоматическими пациентами, сочетать профессионализм психоаналитика с профессионализмом врача соматического профиля. Как писал об этом сам «отец психосоматической медицины»: «Психосоматический подход – это нечто большее, чем то, что было названо врачебным тактом или врачебным искусством, нечто большее, чем магнетическое воздействие врача на больного... Он основан на конкретном знании эмоциональных факторов, действующих в каждом случае, и физиологических механизмов, посредством которых

эмоциональные факторы влияют на процесс болезни. Только благодаря этому знанию психотерапия может разумно сочетаться с соматическими мерами. Общее знание патологии – как психологическое, так и соматическое – является первым функциональным требованием» (Александр, 2000, с. 235). Упомянутый выше С. Л. Шишкин замечает, что в большинстве современных исследований в области психосоматики методические принципы Александра необоснованно игнорируются, и большинство специалистов либо сосредотачивается или на психике, или на теле, либо ограничивается расчетами корреляций соматических и психологических показателей, давая самые поверхностные заключения о причинно-следственных связях.

Эта проблема уже затрагивалась мною в первой главе первой части книги. Подход Александра справедливо расценивался многими авторами как выходящий за рамки психоанализа. Дело здесь не в том, что, сочетая психологический подход к личности с соматическим, мы посягаем на некую «чистоту психоаналитического жанра», а в том, что это сочетание лишает чисто психологический подход значительной доли эффективности. Так, психоаналитик не допускает телесного контакта с пациентом не потому, что это противоречило бы самодовлеющей аналитической этике, а потому, что такой контакт затруднил бы анализ переноса и воспрепятствовал успеху процесса. Еще раз подчеркну, что мы работаем не с болезнью. Мы работаем с личностью, которая в одном случае может являться носителем болезни, в другом – не являться. *Мы работаем с психическим, держа руку на пульсе телесного*, и, на мой взгляд, только следуя этому принципу, мы способны дать пациенту максимум того, что мы вообще способны дать.

Другая точка зрения, выражаемая, например, Бройтигамом и соавторами, состоит в том, что в работе с психосоматическим пациентом психотерапия должна иметь весьма ограниченную цель выявления конфликта. Благодаря переработке острой конфликтной ситуации становится возможным дальнейшее движение личности к зрелости (Бройтигам, Кристиан, Рад, 1999). Мне кажется, что данный подход также продиктован трудностями работы с подобной личностью, речь о которых шла выше. Он ориентирован на запрос пациента: как можно скорее избавить его от определенной боли, то есть он является симптомоцентрированным и по сути опять-таки чисто медицинским. Но эта позиция вызывает сомнение в первую очередь потому, что базовой проблемой психосоматической личности является не конфликт, а та дефицитарность психической структуры, которая ответственна за невозможность его адекватного разрешения и за соматизацию. Чтобы действительно оказать пациенту

помощь, едва ли целесообразно ставить ограниченные цели и отводить на их достижение, как предлагает Бройтигам, от 30 до 80 часов в течение года или двух лет. Если мы предполагаем, что нашей задачей является все же обеспечение нового уровня психического функционирования субъекта, нам не следует отказываться от возможностей, которые предоставляет, в противоположность фокусной терапии, более пролонгированный и подлинно психоаналитический процесс.

Подходы Александера и Бройтигама нацелены все-таки на болезнь. Как я замечал в начале книги (ссылаясь на Томэ и Кехеле, чья методологическая позиция мне более близка), психоаналитическое исследование и терапия затрагивают не тело, а только его психологическую репрезентацию, тем самым способствуя скорее личностному прогрессу, чем физиологическому. Позитивные изменения в теле становятся при этом следствием изменений в Я. Аммон писал, что вопрос телесно страдающего пациента «что со мной?» должен быть услышан аналитиком как «кто я и кем мне позволено быть?». Медицинский подход устраняет симптом, что пациент бессознательно воспринимает как ответ «никем не позволено, даже тем, кто ты есть». Врач поступает в этой ситуации как мать, не разрешавшая ребенку поднять вопрос о собственной идентичности. Выше я приводил пример пациентки, реагировавшей желудочными расстройствами на материнские требования посещать спортивную секцию. Не умея сказать матери «нет», она заявляла ей с помощью тела: «Я – другая, а не такая, какой ты велишь мне быть!» Однако девочке давали таблетку, и ее заболевание проходило, что означало для нее: «Ты именно такая, и больше не спорь».

Каким же должен быть психоаналитический подход к «человеку соматическому» – подход, который стал бы максимально эффективным при всех неизбежных трудностях и ограничениях, налагаемых спецификой этих пациентов? Безусловно, вряд ли стоит возлагать большие надежды на «классическую» технику, ориентированную на развитие невроза переноса и глубокую структурную проработку: она практически бессильна по отношению к личности, плохо сообщающейся со своим внутренним миром и неспособной к подлинным объектным отношениям. Не следует забывать и того, что проблематика психосоматического субъекта довербальна. Речь может идти, например, об экспрессивной терапии, направленной на актуализацию и исследование конфликтов прошлого и настоящего, углубление самопознания и корректирующий эмоциональный опыт – если пациент обладает достаточной толерантностью к фрустрации, тревоге, напряжению. Если таковая слишком низка, полезной может оказаться терапия суппортивная, нацеленная на форми-

рование стабильных объектных отношений и укрепление Я. Она обычно показана пациентам с тяжелыми соматическими патологиями, для которых более целесообразна не проработка глубинных содержаний, а поддерживающее сопровождение и стимуляция автономии. Заметим, что границы между этими моделями чаще всего условны: обе они содержат элементы как поддержки, так и исследования. Я предполагаю на основе собственного опыта, что наиболее предпочтительным подходом к личности с психосоматической структурой является психоаналитическая терапия, объединяющая экспрессивные и суппортивные компоненты в рамках методологии Балинта: терапия, использующая в качестве ведущего инструмента «атмосферу» и развитие отношений.

О значимости этих терапевтических факторов в работе с тяжелыми личностными патологиями написано в наше время так много, что нет смысла повторяться: в частности, интересующий подход как одно из наиболее современных психоаналитических направлений всецело основан на понимании позитивного влияния того, что происходит в аналитической диаде между двумя персонами. Логично, что именно отношения делаются целительным средством там, где когда-то их дефекты способствовали развитию болезни. Привязанность как доминирующий элемент терапевтической коммуникации и лечебный фактор в наши дни признается даже наиболее ортодоксальными сторонниками принципов нейтральности и абстиненции. Адекватный выбор терапевтом средств и направлений взаимодействия обеспечивает создание плодородного эмоционального климата, в котором в личности могут быть реактивированы некогда заторможенные или прекращенные эволюционные процессы. Разумеется, решающее значение при этом будет иметь успех или неуспех актуализации проблем пациента в этих отношениях, то есть их «сценическое» представление. Обычно оно становится первым шагом к совместной проработке переноса, сопротивления и контрпереноса.

Добавлю, что такая терапия требует от ее участников *совместного* прогресса и развития, о чем психотерапевты не так уж часто задумываются. Если личность пациента начинает со временем прогрессировать, а личность терапевта остается неизменной, его установки могут оказаться ощутимым тормозом для всего процесса. В качестве примера вспомню случай пациентки, сопротивление которой на протяжении двух лет выражалось в пятнадцати-двадцатиминутных опозданиях на сессии. Мне пришлось приложить немало усилий для его проработки. Однако я успел настолько привыкнуть к нему, что, когда она перестала опаздывать, мне около месяца было весьма дискомфортно. Естественно, это не повышало качества работы. Аналогичные же ситуации могут возникать,

когда пациент становится в результате терапии эмоционально более раскрепощен, нежели был долгое время, или когда он впервые позволяет себе выразить негативные чувства к терапевту. Последний в таких случаях превращается в «психосоматогенную мать» пациента, которая, декларируя необходимость прогресса в развитии ребенка, бессознательно препятствовала таковому. Если аналитик сам не развивался в ходе терапии в определенных личностных аспектах, ему может оказаться непросто справиться с желанием «сохранить все, как было до сих пор».

2. ПРЕДВАРИТЕЛЬНОЕ ИНТЕРВЬЮ

2.1. Базовые принципы

Я не стану касаться здесь методологии и техники ведения интервью как такового, поскольку эта тема раскрыта в литературе достаточно широко и, в частности, ей посвящен отдельный раздел в книге «Начало психоаналитического процесса» (Рождественский, 2006а). В рамках данной главы речь пойдет о специфике интервьюирования пациентов с психосоматической структурой – специфике, определяемой их особенностями. Выше я неоднократно упоминал о сложностях, с которыми встречается терапевт, приступающий к работе с психосоматической личностью; рассмотрим их теперь более последовательно и детально. Первой из них, появляющейся уже на самых ранних стадиях консультирования, можно назвать ограниченную способность такого человека говорить о себе.

Реплика терапевта «Расскажите, пожалуйста, о себе» в первый момент вызывает реакцию замешательства у большинства пациентов. Каждому человеку в ответ на нее требуется хотя бы собраться с мыслями и попытаться понять, что прежде всего интересует его собеседника: профессия, семейное положение, интересы, привязанности, характер или нечто совсем иное. Однако для психосоматической личности такая ситуация, пожалуй, наиболее трудна. Предельно обобщая, можно сказать, что этому человеку еще в детстве не позволяли заявлять о своей индивидуальности, манифестировать собственное Я. Поэтому он, не выказывая внешне никакой растерянности, немедленно ответит, например: «Я – менеджер компании, занимающейся торговлей пищевыми продуктами», – и выжидательно замолчит, полагая, что дал исчерпывающую информацию о себе. Такой ответ довольно характерен, поскольку эти люди в поисках идентичности нередко идентифицируют себя с профессией, должностью или общественным статусом: для них это наиболее простой способ ответить

на вопрос «кто Я?». Возможно также, что терапевту придется выслушать подробный рассказ о делах этой компании, ее партнерах, контрактах, поставках и так далее: для психосоматического пациента характерно и то, что, начав говорить о себе, он быстро переводит беседу на нечто постороннее – на факты из окружающей реальности. Однако охотнее всего он станет описывать проблему, которая привела его в кабинет специалиста, будь то соматическое заболевание или нечто иное: ведь проблема эта тоже воспринимается им как принадлежащая реальности, то есть не имеющая отношения к его личности, его собственному Я.

Обращаясь к психотерапевту, точно так же, как и к врачу соматического профиля, этот пациент предполагает, что принес свою проблему, но не пришел сам как человек, как личность. В определенном смысле таковы издержки традиционной медицины: все мы при необходимости обращаемся к врачам в надежде, что нас «отремонтируют», и не особенно рассчитывая на их интерес к нашим тревогам, обидам, фантазиям, предпочтениям и т. д. Но для «человека соматического» подобный функциональный характер отношений вообще наиболее привычен. Если перед терапевтом оказывается субъект с соматической патологией, для него будет важен именно телесный аспект своей проблематики, так как в детстве главное внимание уделялось его физическому здоровью. Всем своим поведением он как бы подчеркивает: «болен не Я, а мое тело»; «у меня неполадки с желудком, а не с головой» (вспомним, что психосоматическая болезнь ведь и есть производная отчуждения тела от души как «плохого» от «хорошего»). Согласно определению Бройтигама, пациент вызубрил наизусть соматическую интерпретацию своего симптома. Если он здоров и пришел в терапию, например, по поводу депрессивного или тревожного состояния, то и тогда он скорее станет связывать его с объективными, внешними причинами, или опишет как нечто абсолютно чуждое своему Я («Ничего не могу сказать, ничего не знаю. Вот не отпускает какое-то напряжение – и все»). Он мало способен увидеть связь подобного состояния, тем более – телесной симптоматики, с переживаниями отношений либо с теми или иными особенностями собственной личности, поскольку неохотно допускает в свою душевную жизнь не только другого, но и самого себя.

Ориентировка такого пациента на нормативный, «ремонтный» подход проявляется обыкновенно и в дальнейшем течении беседы. Он ведет себя практически так же, как в любой ситуации, где от него требовалось бы четко изложить объективную информацию (имя, фамилия, адрес, образование, должность), и не более того. Он говорит ровным голосом, не выказывая сильных эмоций; предпочитает кратко и кон-

кретно отвечать на вопросы и несколько теряется, если последние таких ответов не предполагают («Ну, а как вообще живете?» – «Вообще?.. Да нормально»). Он часто произносит: «Не знаю», – если не может что-то утверждать наверняка. При затруднениях для него характерно пользование такими защитными механизмами, как интеллектуализация, рационализация, изоляция. Следует помнить, что на фоне этой кажущейся «непробиваемости», когнитивной брони своего рода, у него могут возникать сильные и плохо контролируемые аффективные вспышки, каждая из которых способна привести к разрыву отношений: его тревога перед собственными чувствами носит не невротический, а скорее экзистенциальный характер. При всем том этот человек нуждается в принятии и зависимости, и именно в их поисках, не отдавая себе в том отчета, он и пришел в терапевтический кабинет.

От обычной врачебной беседы данный разговор отличается свободой течения и атмосферой партнерства, которая в отношениях «врач–больной», как правило, является редкостью. Подобный характер диалога непривычен для пациента, поначалу он может встретить его непонимание и оказаться источником трудностей, но он необходим для продуктивной работы в будущем. Именно с этой целью Любан-Плоцца с соавторами рекомендуют нейтральное начало и два-три безличных вопроса, например, о том, легко ли пациент нашел офис терапевта, затем вопрос: «Что вас привело?» или (лучше) «Я вас слушаю». Предпочтение вообще отдается ненаправленным и несуггестивным вопросам, поскольку собеседнику следует самостоятельно определить, когда коснуться своей боли (Любан-Плоцца, Пельдингер, Крегер, 1996). Такая позиция в конце концов способствует снижению его тревоги, присутствующей в той или иной степени у любого кандидата на раннем этапе взаимодействия. Особое значение на данной стадии может иметь вопрос о «личной теории» пациента, то есть о его собственных представлениях о причинах своей болезни или проблемы. Он является неожиданным, так как приглашает к партнерству и развеивает иллюзию «всемогущества» терапевта. В целом же задача последнего в этом разговоре состоит в том, чтобы, по выражению Шлегеля, «внутренне снять белый халат».

Как правило, пациент сперва сообщает краткую информацию о своей проблеме, затем все чаще замолкает в ожидании вопросов. Терапевт, продолжая руководствоваться «принципом непривычности», напротив, с первых минут поощряет его инициативу: подбрасывает в разговор ключевое слово, повторяет последние произнесенные слова в вопросительной форме и т. д. Эти нехитрые меры иногда позволяют пациенту не только дать дополнительные сведения о симптоме, но и включить

в беседу более широкий круг тем, значимых для его как телесной, так и эмоциональной жизни. Еще раз подчеркну, что наиболее предпочтительными здесь являются вопросы, не подразумевающие коротких и конкретных ответов, но дающие как можно больший простор для ассоциаций. Чрезмерное количество вопросов и их остро-конкретная направленность ограничивает спонтанность психосоматического больного, способствует обеднению получаемой от него информации и во многих случаях, как замечали Томэ и Кехеле, провоцирует его на стиль общения, который устаивается затем ярлыка «алекситимии».

Александр рекомендовал начинать беседу с психосоматическим пациентом с постановки медицинского диагноза, включающего полную психиатрическую оценку личностных факторов. Предварительное интервью он советовал вести так же, как обычное консультирование, обращая при этом особое внимание на последовательность развития симптомов, смены жизненных ситуаций и эмоциональных состояний. Александр подчеркивал, что органические симптомы, этиология которых частично обусловлена эмоциональными факторами, имеют историю зарождения и развития, сходную с историей невротического симптома. Они могли впервые появиться в младенчестве, в латентном периоде или в подростковом, реже – в зрелом возрасте. Как правило, они прогрессируют на фоне эмоциональных стрессов и ослабевают при прохождении последних, чтобы вновь обостриться в новых конфликтных ситуациях. Сравнение эмоциональных констелляций в различные моменты обострений позволяет описать поведенческие паттерны больного (Александр, 2000). То, что относится к исследованию истории соматического симптома, может быть с равным правом сказано и об исследовании истории любой проблемы, с которой обращается пациент.

После формулировки диагностических определений интервью направляется на изучение нынешнего объективного и субъективного состояния пациента. Терапевт может поинтересоваться тем, что он знает или думает о своем симптоме, какое значение имеет последний для него на данном этапе и в жизни в целом; обращался ли он прежде к врачам или психологам и как складывались их контакты. Важны вопросы о перенесенных ранее заболеваниях, о наследственности; о том, какими средствами он справляется со своей проблемой, какие мысли, чувства, страхи, фантазии возникают в связи с ней. Цель сбора психосоматического анамнеза состоит в том, чтобы привести не осмысленные пациентом симптомы в понятную ему смысловую связь с внешней и внутренней историей его жизни. Для этого следует для начала попытаться установить корреляцию между возникновением актуальной проблематики и теми

или иными жизненными изменениями и прояснить, понимает ли эту корреляцию сам пациент (или констатировать отсутствие таковой). Такая беседа иногда (хотя и не часто) дает ему возможность уже на раннем этапе достичь нового понимания своего состояния, которое рождает новое, более оптимистичное отношение к происходящему.

Особое значение на этой ранней стадии имеет обзор и оценка семейной ситуации пациента: главное внимание здесь следует уделить роли, которую играет его проблема в общей картине отношений. Нельзя забывать, что психосоматический симптом является болезненным феноменом не только самой личности, но и включающей ее группы. Семья пациента представляет структуру, в которой его болезнь служит существенным элементом отношений: именно за счет последней в ней поддерживается патологическое равновесие, действуют определенные поведенческие и интерактивные нормативы. При возможности имеет смысл попробовать дать ему самому понимание этого факта. Терапевту необходимо учитывать, что, как уже говорилось, симптом, «отнятый» у пациента, иногда возникает у кого-то другого из членов его семьи.

Свободно протекающая беседа может касаться всего, что относится к личности пациента (при этом ее не стоит сосредотачивать на том, что к ней не относится, хотя как раз на эти темы он говорит легче всего). Она затрагивает его настроения, жалобы, взгляды и конфликты, старается осветить его понимание своей жизненной ситуации и своего собственного влияния на нее. События прошлого преломляются в призме актуального конфликта; последний рассматривается во всех возможных аспектах и под разными углами зрения. Если речь идет о телесной проблематике, уместным бывает использование предложенной еще в 1939 году Дейчем «техники ассоциативного анамнеза», основанной на свободном колебании разговора между психическим и телесным. Чем менее формально и структурировано это взаимодействие, тем больше шансов, что пациент позволит себе раскрыться и обнаружить «сценический» характер своего поведения. В данном диалоге аналитик постоянно оценивает складывающийся стиль взаимодействия, проявляющиеся проблемы отношений и степень обоюдного доверия. В дополнение к сказанному назву семь принципов, которыми, на мой взгляд, особо целесообразно руководствоваться при консультировании психосоматической личности.

1. Терапевт уделяет постоянное внимание реакциям контрпереноса, поскольку в общении с психосоматическим пациентом нередко с первых встреч в них появляется ощущение скуки и безнадежности и желание посвятить свое рабочее время более перспективным и мотивированным к психоанализу кандидатам. Ситуация усугубляется тем, что из-за свойственной подобным

больным настроженности и закрытости терапевты иногда оказываются не склонны или неспособны им доверять. Чувствуя такую ситуацию, пациент начинает еще больше тревожиться по поводу отношения собеседника к нему и с удвоенной силой блокирует свою спонтанность, например, в выражении эмоций.

2. Терапевт с первых консультаций оценивает психическую стабильность пациента, в частности, толерантность к фрустрациям, помня, что тенденция к соматизации создает резервуар колоссального эмоционального напряжения. В тех же рамках он исследует индивидуальную систему его значимостей, например, проясняет, какие жизненные ситуации или конфигурации отношений становятся для него наиболее болезненными и способны спровоцировать аффективную или соматическую дезорганизацию. Это может оказаться непростой задачей. Хотя Александр утверждал, что лишь в редчайших случаях анамнестическое исследование не выявляет предвестников симптомообразования, мой опыт позволяет утверждать, что здесь «после того» далеко не всегда означает «вследствие того».
3. Терапевт избегает давать оценку соматическому состоянию пациента в терминах психологии, допустим, сообщать, что его страдание вызвано психическими причинами – даже если медицинское обследование не выявило никакой патологии, как часто бывает, например, в случаях кардионеврозов. Следует помнить, что психосоматическая личность поначалу склонна держаться именно за вещественно-реальную, то есть телесную, сторону своей проблемы, и может воспринять такое сообщение как проявление несерьезного к ней отношения или даже как упрек в симуляции.
4. Терапевт уделяет особое внимание тем ситуациям в жизни пациента, о которых последний, несмотря на их драматичный характер, рассказывает как о самых банальных и незначительных эпизодах.
5. Терапевт проявляет интерес не только к страданию пациента, но и к светлым сторонам его жизни: радостях, достижениях, планах и т. д., то есть ко всему, что связано с сильными и здоровыми аспектами его личности. Если взгляд интервьюера направлен лишь на слабости, конфликты и перегрузки собеседника, последний переживает, по определению Бройтигама с соавторами, «демонтаж».
6. Терапевт старается, насколько это возможно, отрешиться от известных ему теорий, не пробует загнать пациента в прокрустово ложе того, что читал или знает на основе собственного опыта о психосоматической личности и ее проблемах, и приступает к работе «как в первый раз». В этом процессе в его голове должна созреть новая теория, описывающая психодинамику данного пациента и более ничью. Психоанализ окажется плодотворным только в том случае, если он приведет обоих участников к открытию для себя совершенно новых и даже неожиданных представлений.
7. Начиная сессии с психосоматическим пациентом, терапевт настраивает себя на долгую работу, в которой поначалу, вероятно, не будет ощущаться какой-

либо прогресс. Улучшение у такой личности не происходит быстро, и иногда, чтобы уловить позитивную динамику, требуется через относительно долгое время вместе оглянуться назад и сравнить нынешнее состояние пациента с тем, в котором он когда-то обратился за помощью. Если изначально рассчитывать на скорое и успешное завершение терапии, неизбежно глубокое разочарование: терапевт уподобляется в этой ситуации ребенку, который каждое утро подбегает к карандашной метке на дверном косяке и обнаруживает, что со вчерашнего дня опять совершенно не подрос.

В соответствии с последним принципом и цель, которую терапевт ставит перед собой и пациентом, должна быть реалистичной. Пациента не стоит заранее обнадеживать, тем более давать ему гарантии «исцеления» за определенный срок. Напротив, лучше подчеркнуть, что с помощью анализа он, возможно, сумеет решить проблемы, когда-то ставшие одной из причин его нынешнего страдания, но посоветовать не относиться к терапии как к панацее, а к аналитику – как к волшебнику. В частности, если он обратился с соматическим заболеванием, начало психотерапии не должно стать поводом для отказа от помощи лечащего врача.

Кроме того, с самого начала имеет смысл попытаться дать пациенту понимание того, что, какого бы рода ни была его проблема, она не есть нечто чуждое ему, вроде попавшей в организм инфекции. Она представляет часть его Я, важную структурную единицу личности, несущую определенную функциональную нагрузку; чтобы от нее избавиться, необходимо сначала сделать ее функцию ненужной. Свою позицию терапевт мог бы выразить, например, такой формулой: «Я буду работать не с вашей проблемой (болезнью), а с вами». Пациент должен быть готов к тому, что терапия коснется всей его прошлой и настоящей жизненной ситуации, его отношений, переживаний и т. д. В начале работы иногда может быть полезно рассказать ему о связях тела и души; ни в коем случае не обесценивая телесного аспекта его заболевания, разъяснить аспект психологический. Такие превентивные меры в какой-то степени могут способствовать укреплению здоровой и рациональной части его Я – той, что станет союзником терапевта в предстоящей работе. Об этом – следующая глава.

2.2. *О телесной стороне проблемы*

Еще в рамках предисловия я упоминал, что, не будучи врачом по образованию, я адресую эту книгу в первую очередь тем психотерапевтам, которые также не обладают чисто медицинскими знаниями и подготовкой. Когда к ним (и ко мне) обращаются пациенты, отягощенные серьез-

ными психосоматозами или жалующиеся, например, на функциональные расстройства, перед нами неизбежно встает вопрос о том, в какой мере наши вмешательства могут затрагивать телесную сторону их проблематики – тот самый вопрос о границах психоаналитического метода, которого мы уже неоднократно касались в предыдущих главах. Повторю, что, возможно, наилучший принцип нашего подхода к личности в данной ситуации состоит в том, чтобы *заострить внимание на психическом, держа руку на пульсе телесного* – подобно тому, как водитель за рулем наблюдает за трассой, будучи готовым в любой миг надавить на педаль тормоза. Теперь я попытаюсь раскрыть этот тезис более детально.

Как замечают Томэ и Кехеле, обыкновенно телесно больной пациент обращается за помощью к психотерапевту тогда, когда весь репертуар типов соматического лечения им уже перепробован (Томэ, Кехеле, 1996). Эта ситуация может быть с выгодой для него использована терапевтом, например, в виде конфронтации с тем фактом, что его проблема заключена не только в теле. Еще Александр предостерегал аналитиков от посвящения чрезмерного внимания телесным симптомам, которые являются лишь индикаторами лежащих в их основе личностных расстройств – в первую очередь потому, что таковое содействует уклонению пациента от решения эмоциональных проблем и превращению расстройства в хроническое. Александр рекомендовал обращать внимание пациента на вторичную природу его симптома и тем самым противодействовать возможному «бегству в болезнь». Данная рекомендация актуальна постольку, поскольку сознательное желание больного избавиться от симптома нельзя принимать за чистую монету: хотя он уверяет, что хочет излечения, нередко обнаруживается, что его невротические потребности гораздо эффективнее обслуживаются именно болезнью. Болезнь используется им для ослабления эмоциональных конфликтов, в то время как выздоровление создает новую проблему, увеличивая его ответственность и лишая оправданий для регрессии (Александр, 2000). Хотя со времен Александра и стало ясно, что базовая проблематика психосоматической личности лежит значительно глубже уровня эмоционального конфликта, предложенный им методологический подход сохранил конструктивность. С помощью болезни пациент пытается удержаться в лабильном равновесии, избежать дезинтеграции. Современный психотерапевт рассматривает соматический симптом как определенный сигнал или указание, одновременно слыша его как телесную речь, отражающую глубокие тенденции субъекта. Целью аналитического процесса становится обретение доступа к витальному значению патологии, предполагающее совместное путешествие в неведомое.

Как уже упоминалось, такой подход нередко встречает сильное сопротивление со стороны пациента, для которого важно представление именно о телесной сущности своей проблемы, и может быть сознательно воспринят им как ее недооценка или даже как обвинение в ее возникновении. Так, люди, страдающие кардионеврозами, испытывают страх смерти, хотя их шансы на обретение опасной сердечной патологии скорее ниже, чем у случайной выборки среди населения (Любан-Плоцца, Пельдингер, Крегер, 1996). Если эти пациенты слышат от терапевта, что их страдание «чисто невротическое», подобные слова воспринимаются ими как упрек в симуляции. Часто сами термины «психосоматика» и «психосоматический» мысленно переводятся ими как «нечто несерьезное», «не заслуживающее внимания». Один из моих анализандов, болевший простатитом и часто рассказывавший, каких неприятностей стоит ему каждое обращение к урологу, всякий раз спрашивал у меня с надеждой: «Может быть, это на самом деле просто психосоматика?» – вероятно, вкладывая в данное понятие смысл, близкий к вкладываемому нами в понятие «конверсионного симптома»: если это «просто психосоматика», следует успокоиться и не морочить напрасно голову себе и другим. Если же человек не прибегает к подобному обесцениванию болезни, то, работая с ним, мы часто сталкиваемся с противодействием любым попыткам исследования истории его жизни, аффектов, конфликтов и неудач в отношениях: они лишь усиливают его защиту, пользуясь псевдомедицинской концепцией в форме рационализации «у меня болел желудок, а не голова». Сугубо соматическая интерпретация своего заболевания как не имеющего отношения к его Я наиболее приемлема для него, тем более что она укоренена в массовом сознании под влиянием медицины. К тому же в современном обществе (как упоминалось выше, весьма похожем на психосоматогенную семью) соматический больной обыкновенно получает заботу и поддержку со стороны врачей и просто окружающих, но душевнобольной ее теряет. Поэтому психическая природа расстройства воспринимается им как возлагающая ответственность, телесная – как снимающая ее.

Данные трудности нередко не оставляют терапевту на ранней стадии развития отношений иного пути, кроме разъяснения пациенту связей психического и телесного: для психосоматического больного в ходе первичного консультирования обычно требуется значительно больший объем предварительной информации, чем для других людей. Такой шаг непривычен для психоаналитиков, отчасти потому, что им видится в нем опасность развития «брони» из интеллектуализации и рационализации, отчасти – поскольку многие из них рассматривают психоаналитическую

теорию как область «сакрального знания», к которой непосвященный просто не имеет права прикоснуться. Они поступают так же, как врачи соматического профиля, которые порой на вопросы пациента о своей болезни или попытки поделиться собственными соображениями пренебрежительно отвечают: «Уж это предоставьте нам». Но шаг этот иногда необходим просто для того, чтобы страдающий соматическим расстройством не прекратил психотерапию через несколько встреч. Он может быть целесообразен и в другой нередкой ситуации, когда человек обращается по поводу тревоги, депрессии или проблем в отношениях, не подозревая, что его телесная болезнь может иметь здесь какое-либо значение: «Это вас не касается, это лечит мой гастроэнтеролог». Краткое посвящение его в суть психосоматических связей становится первым шагом к формированию глубокой внутренней коммуникации между психическим и телесным Я.

Объяснения, даваемые терапевтом, ни в коем случае не должны создать у пациента впечатления, что собеседник несерьезно воспринимает соматический аспект его проблемы и склонен к обсуждению исключительно психологических переживаний. В литературе иногда можно встретить рекомендации «перевода стрелок» на психологию как раз в тех случаях, когда пациент демонстрирует упорное «цепляние» за соматику. Так, Бройтигам с соавторами пишут, что, если терапевт не прописывает никаких лекарств, ему следует систематически подчеркивать основную или даже исключительную роль психических факторов в развитии и течении заболевания (Бройтигам, Кристиан, Рад, 1999). Данный подход вызывает сомнения хотя бы потому, что он неискренен. Терапевт имеет право о чем-то не сообщать пациенту, но не право кривить перед ним душой: в противном случае ему едва ли стоит рассчитывать на ответную честность. Лучше всего направить усилия на формирование симметричного видения сути психосоматических расстройств.

Понимание пациентом эмоционально-психических истоков телесной проблематики и его интерес к их исследованию обычно удастся несколько укрепить, когда терапевт наглядно и многократно представляет ему корреляции между обострениями телесного состояния и переживаниями. Субъектно-ориентированный подход, введенный в медицину Вейцдекером, предписывает врачу постоянно задаваться вопросом: «Отчего именно в это время?», то есть сосредоточиться на поиске болезненного переживания, непосредственно предворявшего симптом. Однако эта задача непроста. Хотя Александр утверждал, что лишь в редчайших ситуациях исследование не позволяет обнаружить эмоциональных предшественников телесного симптома, мой опыт и опыт некоторых

моих коллег говорит о том, что исследование это в большинстве случаев требует значительного времени и усилий и далеко не всегда гарантирует результат. Чем в большей степени телесное отчуждено от психического, тем менее очевидной бывает связь между ними – не только для пациента, но и для терапевта. Причина обострения болезни может внешне выглядеть столь ничтожной, что пациент даже не вспомнит о ней, а если и вспомнит, то не сочтет нужным упомянуть вслух. Например, он пожалует тратить время на рассказ о том, как накануне заболевания получил мелкое взыскание по службе (менеджер ко всем цепляется по пустякам, на него уже никто не обращает внимания): этот эпизод потому и остался незамеченным, что отреагировало на него тело, а не душа.

Исследование психосоматической проблематики осложняется тем, что, как пишут Томэ и Кехеле, корреляция телесного симптома со стрессовой ситуацией или конфликтом не определяет причину и следствие и не дает однозначного указания на то, какая сторона этой связи является зависимой переменной, какая – нет, или они обе взаимозависимы. Обоснование предположения, согласно которому соматическая симптоматика вторична по отношению к некоему переживанию, должно быть позитивным, а не просто основываться на исключении других потенциально возможных причин. Для этого требуется *циклическое* описание психосоматического процесса, то есть описание без выделения конкретной «стартовой точки». Иными словами, исследование движется от корреляции к причинной зависимости. Томэ и Кехеле замечают, что лишь анализ корреляций между переживанием, поведением и физиологической функцией позволяет систематически воздействовать на причинные связи, выделяя отдельные переменные. «Мы обращаем внимание на ход болезни и ее циклические последствия – в смысле самоусугубляющегося порочного круга, – потому что именно здесь может и должно осуществляться психоаналитическое вмешательство. Именно здесь будет возможно перейти от соматопсихических осложнений непосредственно к переживаниям пациента без акцента на особые виды сопротивления, оправдывающие предположение о специфических психосоматических структурах» (Томэ, Кехеле, 1996, с. 635).

Если терапевту удастся продемонстрировать пациенту взаимосвязь тела и психики, до него станет значительно проще донести и понимание того, что симптом его не нуждается в прямом подходе; того, что трудно предсказать, например, каковы станут его реакции на конфликты и стрессы, если лишить его возможности отвечать на них телом. Вместо «оперативного вмешательства» по уничтожению болезни терапевт предлагает ему сделать болезнь ненужной, что требует для начала

рассмотрения ее не как изолированной сущности, но как неотъемлемой интегральной части его личности в контексте всей его прошлой и будущей жизни. Если вместо ригидного использования симптома в тех или иных ситуациях пациент откроет в себе новые средства их преодоления, может быть существенно снижена интенсивность соматических обострений, увеличены периоды ремиссий, и не исключено, что на определенной стадии болезнь вовсе уйдет. Конечно, нельзя ожидать, что знание подобного рода осуществит глубокое проникновение в его психику: по крайней мере на раннем этапе работы оно останется лишь поверхностным, не затрагивающим защит и сопротивлений, но и в этом качестве может отчасти поддержать пациента в роли союзника терапевта.

В процессе исследования важна способность терапевта идти на встречу пациенту, по возможности освободившись от теоретических предположений относительно причин его заболевания, поспешных выводов, ожиданий и предрассудков. Для этого необходимо, чтобы симптом или диагноз не закрывал для него собой всего остального, содержащегося в личности. Диагностика важна хотя бы потому, что терапевту надо представлять себе возможные следствия обострения болезни (держат руку на пульсе телесного), но у него должно быть видение симптома лишь как части личностного переживания: именно оно достигается в ходе изучения его связи с историей пациента, его экзистенциальностью и жизненными кризисами. Кроме того, как замечает, например, Куттер, для глубокого понимания сути психосоматических заболеваний следует наряду с «психологией» души обратить особое внимание на «соматологию» тела, иными словами, выучить «язык тела» субъекта. Телесную симптоматику невозможно быстро перевести на язык слов, например, дать пациенту немедленное понимание своих сердечных приступов или головных болей как атак на объект. Это весьма долгий и постепенный процесс (Куттер, 1997).

Итак, базовый принцип подхода к психосоматическому страданию состоит в том, чтобы избегать двух крайностей: рассмотрения симптома как самодовлеющей телесной сущности и перевода его на язык психологии «с безответственностью панпсихологизма» (Томэ, Кехеле, 1996, с. 650). Психоаналитик работает с субъективной концепцией болезни, которую создает пациент. Переживание реальности страдания, то есть символическая ценность, придаваемая пациентом ситуации в соответствии со своей личной историей, и есть то главное, что надлежит открыть и исследовать в ходе психотерапии (Есян, 1994).

Для установления терапевтических отношений с соматическим больным решающее значение имеет признание аналитиком *первичности*

тела в той степени, в какой оно совместимо с невозможностью занимать-ся телом пациента в соматическом смысле. Исходя из жалоб на физическое состояние, аналитик уделяет внимание как соматическим аспектам, так и наблюдениям, касающимся образа тела; исследуя взаимоотношения пациента со своей болезнью, он получает доступ к психосоциальным факторам. Он не забывает при этом, что психоаналитический метод может работать с теми или иными телесными образами и представлениями, однако, согласно замечанию Вэксюэля, он не способен «обозреть тело в более глубоких его измерениях, которые бессознательны в принципе и никогда не станут объектами осознания» (цит. по: Томэ, Кехеле, 1996, с. 635). Этим же тезисом определяются и границы действенности психоанализа в отношении телесных расстройств: они зависят от того, до какой степени терапевтическое влияние на субъективный образ тела пациента и фантазии о нем может быть одновременно влиянием на его соматические функции. Поэтому, с точки зрения Томэ и Кехеле, расстояние между фокусом собеседования и соматическим симптомом изначально неважно. Как замечают эти специалисты, «вопрос о том, какие изменения в теле могут быть хотя бы частично обусловлены психическими факторами и стать обратимыми, остается открытым. Тот, кто пытается победить хроническую соматическую симптоматику психотерапевтическими средствами, не избежит реальных проблем, обусловленных первичной или вторичной автономией физических симптомов» (Томэ, Кехеле, 1996, с. 636–637).

Не существует жестких правил относительно порядка сочетания психотерапии или психоанализа с соматическим лечением. Нет и единого мнения по поводу необходимости такого сочетания, по крайней мере если речь не идет о серьезной угрозе здоровью и жизни пациента: например, как сообщают Томэ и Кехеле, при лечении невроза тревоги даже опытные в фармакотерапии аналитики неохотно назначают больному медикаментозные препараты, поскольку они могут затруднить или сделать невозможным анализ переноса. Приступая к психотерапевтическому лечению больных анорексией, некоторые врачи советуют пациенту одновременно начать набирать вес; другие рассматривают подобное вмешательство как «уничтожение сделанного», многократно затрудняющее исследования разрушаемых побуждений и фантазий. Однако иногда отказ от подобных назначений и рекомендаций может иметь значительно худшие следствия (Томэ, Кехеле, 1996). Добавим, что «безусловное» принятие соматического пациента в психотерапию может обернуться поддержкой его фантазии о магическом исцелении без приложения минимальных усилий, хотя «чистота психоаналитического жанра» при этом будет сохранена.

По-видимому, вопросы подобного рода следует решать индивидуально в каждой конкретной ситуации – равно как и те, что связаны с необходимостью и перспективами одновременного ведения психотерапии и соматического лечения разными специалистами. Для некоторых пациентов разделение терапевтических функций между психоаналитиком и врачом создает серьезные проблемы – особенно для тех, кто обладает тенденцией к расщеплению переноса. В других случаях эти процессы могут вестись параллельно, иногда психотерапия бывает рекомендована после завершения медицинских процедур и устранения соматической патологии – поскольку психотерапевтические средства влияют на фундаментальные эмоциональные факторы и способны спровоцировать обострение симптоматики. Однако в любой ситуации работы с пациентом, страдающим серьезной телесной болезнью, необходима связь психотерапевта с клиницистом соответствующего соматического профиля – о чем еще Александер писал: «Психотерапию, проводимую в таких случаях без кооперации со специалистом-медиком, следует расценивать как дикую терапию» (Александер, 2000, с. 238). Возможно, это наиболее важный аспект реализации принципа «держания руки на пульсе телесного».

3. ТРУДНОСТИ АЛЬЯНСА

Поговорим более детально о тех проблемах рабочих отношений, которые нередко возникают у терапевтов во взаимодействии с психосоматической личностью. Проблемы эти, которых выше я касался неоднократно, берут начало в тех же источниках, что и само страдание пациента, то есть в особенностях его ранних коммуникаций. Пожалуй, наиболее кратко и обобщенно они могут быть сформулированы следующим образом: пациент одновременно и цепляется за аналитика, и пытается избавиться от вторжений в свой частный мир. Согласно определению Диноры Пайнз, он «дает ключи, но перевирает, какой ключ от какой двери» (Пайнз, 1997, с. 19). Даже будучи проинформирован о связи психического и телесного, он не демонстрирует следствий принятия этой информации. Он как будто проявляет готовность к сотрудничеству и «подчинению правилам терапии», однако вскоре аналитик начинает понимать, что за этой готовностью не стоит ничего или практически ничего. Ссылаясь на статью Джозефа о «замкнутом пациенте», Пайнз так описывает эту характерную ситуацию: псевдосотрудничающая часть его личности как раз и не дает терапевту вступить в контакт с той частью, которая в этом реально нуждается. Если терапевт попадает в подобную ловушку, он не может ждать от работы позитивного результата, поскольку диалог начинает вестись не с тем человеком, которому требуется опыт «меня понимают», а с тем, который не выходит за рамки опыта «я понимаю» (Пайнз, 1997). Аналогичным образом, ведя речь об «антианализандах», Мак-Дугалл сообщает, что такой пациент ничего не хочет знать о своем страдании: он избавился от живого ядра своего конфликта, и аналитику оставлена лишь непроницаемая для боли «кожура», а сам он представлен для пациента «лицом-функцией», легко заменимой, как и всякий другой объект (Мак-Дугалл, 2000).

На подобном более или менее выраженном фоне отношений нередко возникают дополнительные трудности, иногда характерные для работы с носителями определенных психосоматических заболеваний. Многие специалисты в области психосоматической медицины отмечают, например, что страдающим гипертонией свойственно скептическое и отклоняющее восприятие психотерапевта, что вкупе с низкой мотивацией к принятию психологической помощи ведет к напряженности коммуникаций. Субъект с коронарной патологией (склонный к инфаркту) также обычно слабо мотивирован к психотерапии, поскольку отрицает наличие психического конфликта; среди этих лиц целесообразность психотерапевтического вмешательства чаще всего признается теми, кто помимо телесных симптомов иногда переживает так называемое «давление страдания» в виде депрессивных проявлений. Аналогичное отрицание душевных проблем типично при анорексии: пациентка может упорно пытаться «очаровать» терапевта своей детской беспомощностью или утонченностью и интеллектом, однако все попытки установить с ней продуктивный контакт отвергаются, что рождает в контрпереносе чувство раздражения и безнадежности. Больные нейродермитом часто нетерпеливы и ориентированы на быстрый успех (в связи с чем могут, не ставя психоаналитика в известность, обращаться в ходе работы к другим терапевтам или к целителям и экстрасенсам), аффективны, легко переходят от близости к отчуждению, с трудом выдерживают сеттинг, пропускают сессии. Люди, страдающие ревматоидным артритом, напротив, вроде бы доставляют терапевту на удивление мало хлопот: они покладисты, скромны и нетребовательны, причем последнее иногда граничит у них с безразличием. Однако эти «привлекательные» качества связаны со свойственной им ограниченностью самовосприятия, которая определена редукцией сознания на сфере тела. Они непритязательны и терпеливы, поскольку редуцированно воспринимают себя и свою болезнь – что вытекает из тенденции к самосокрытию, реализуемой ими на протяжении всей жизни. Поэтому такие пациенты не обладают развитой способностью к восприятию собственных чувств и к использованию их в качестве сигналов в широком смысле слова.

Обращает на себя внимание следующее разногласие: большинство специалистов в области психосоматической медицины, называя эти и другие трудности психотерапии соматических пациентов, сходятся во мнении, что во всех или почти во всех подобных случаях (при язвенной болезни, гипертонии, диабете и т. д.) ввиду низкой возможности добиться продуктивного контакта долговременная психоаналитическая терапия, ориентированная на глубокую проработку проблем, непри-

годна. Так, Любан-Плоцца с соавторами утверждают, например, что язвенным больным (равно как и многим другим) чаще всего показаны ее модифицированные формы либо терапия суппортивная, то есть поддерживающая (Любан-Плоцца, Пельдингер, Крегер, 1996). С другой же стороны, психосоматические патологии наряду с психореактивными расстройствами и различными формами истерии традиционно включаются в перечень расстройств, при которых показан психоанализ как таковой (Томэ, Кехеле, 1996). Я предполагаю, что данное противоречие основано на представлении большинства врачей о психоаналитической терапии как процедуре, строго следующей модели «классического» психоанализа с ортодоксальным пониманием принципов абстиненции и нейтральности и с интерпретацией в качестве ведущего инструмента. Однако современный психоанализ, обогативший свою технику за счет развития моделей интерсубъективности и понимания целительной роли эмпатии, холдинга, контейнирования, может помочь в его разрешении. На мой взгляд, залогом формирования альянса, обеспечивающего возможность пролонгированной аналитической терапии психосоматической личности, является установление необходимой атмосферы отношений.

Прежде всего следует вновь вспомнить, что истинная проблема не озвучивается пациентом, поскольку она ему неизвестна: этот тезис, справедливый для всех психических страданий в целом, возможно, наиболее актуален для области психосоматики. Личность, о которой мы говорим, *переживает боль, не зная об этом*. Она просит об одной помощи, бессознательно нуждаясь в другой. Именно эту последнюю аналитику и предстоит ему оказать, для чего необходимо не только понять значение и смысл манифестируемого симптома, но и, например, адекватно истолковать предъявляемые пациентом требования обследований, медикаментов или операций. Другими словами, как я уже упоминал, не следует путать желания личности с ее истинными потребностями: первые в большинстве случаев разумнее всего лишь обсуждать, не идя у них на поводу, в то время как вторые должны удовлетворяться, не обязательно при участии вербальных средств. Слова в этом процессе имеют второстепенное и подчиненное значение. Речь идет в первую очередь об удовлетворении Я-объектных потребностей, необходимым условием которого становится принятие и выполнение терапевтом функций Я-объекта, связанных с интеграцией аффекта в организацию опыта.

Идентификация и удовлетворение того, что я называю истинными потребностями (равно как и их неосознаваемое выражение пациентом), происходит в интерсубъективном поле и основывается прежде всего на понимании значения аспекта интерсубъективности. Еще Александер

указывал, что психоанализ есть по сути не что иное как ставшее наукой искусство врача обращаться с пациентом, и что психоаналитический метод исследования отношений врача и больного представляет своего рода «психологический микроскоп», дополняющий микроскоп физиолога. Комментируя впоследствии данный тезис, Аммон замечал, что этот микроскоп находится в руках не отстраненного, а заинтересованного наблюдателя, сознающего свое активное участие в исследуемом процессе. Психотерапевт способен понять происходящее в личности пациента лишь тогда, когда понимает, что происходит в его взаимодействии с пациентом (Аммон, 2000).

Базовый принцип подхода к формированию терапевтического альянса и к самому процессу работы с психосоматической личностью можно озвучить, используя цитату из книги Шпица «Первый год жизни»: «...некоторые наши пациенты оказались слишком нарциссическими, чтобы поддаться психоаналитическому лечению. До недавних пор считалось, что такие пациенты вовсе неспособны к образованию переноса (книга писалась в 50-е годы XX века. – Д. Р.). Теперь мы знаем, что дело обстоит не совсем так, однако создание подобных нетипичных переносов чрезвычайно сложно и требует изменений в технике терапии. Эти изменения можно отчасти смоделировать в соответствии с процессом, который приводит к появлению способности к переносу, то есть исходя из истории развития объектных отношений и, в частности, из индивидуальных нарушений объектных отношений у конкретного пациента. Другими словами, терапевт должен предоставить пациенту то, чего не хватало в его объектных отношениях» (Шпиц, Коблинер, 2000, с. 288). «То, чего не хватало» – это и есть Я-объектная связь, которая дает пациенту отклик, созвучный его аффективному состоянию. Согласно интерсубъективной модели, Я представляет в первую очередь организацию опыта, то есть структурированное переживание человеком самого себя. Я рассматривается как психологическая структура, благодаря которой данное переживание обретает форму, непрерывность и устойчивую организацию (Столороу, Брандшафт, Атвуд, 1999). Именно в этом испытывает базовую потребность «телесный» пациент.

Многие терапевты, работающие с психосоматической проблематикой, намеренно или неосознанно следуют некоторым принципам Александра, подразумевающим отказ от ортодоксии абстиненции и нейтральности и повышенную активность аналитика по отношению к пациенту – принципам, заставившим психоаналитическое сообщество в 1950 году усомниться, имеет ли проводимая чикагскими специалистами терапия право называться психоанализом. Есаян приводит в одной

из своих работ клинический случай девятилетнего мальчика, больного бронхиальной астмой, – весьма разумного и хорошо воспитанного, соответствующего высоким требованиям материнского идеала Я. Мать его была лишена желаний и мечтаний, место которых заняла в ее жизни вера в Бога; из ее мира были исключены мужчины, в том числе отец ребенка. Стратегия терапии, описанная Есяян, подразумевала активное замещение аналитиком отсутствующего отца и чрезмерно присутствующей матери – вполне согласно традициям Александра (Есяян, 1994). Пайнз, описывая пациенток с кожными заболеваниями, сообщает, что такая женщина ищет лечения, которое позволило бы ей снова превратиться в младенца и при котором мать дотрагивалась бы до ее тела, успокаивая боль. По словам Пайнз, довербальный диалог в форме физического контакта приносит облегчение даже в тех случаях, когда вербальная коммуникация блокирована. Пациентка избегает безнадежности и отчаяния с помощью соматического ответа на психическую боль, регрессируя и таким образом заново обретая древнейшую форму материнского утешения (Пайнз, 1997).

Ни в коем случае не обесценивая опыт Пайнз, Есяян и других практикующих специалистов, добивавшихся позитивных результатов с помощью активных (возможно, даже не вполне аналитических) техник, я все же позволю себе задаться вопросом о том, являются ли они всегда оправданными – в частности, не поддерживается ли с их помощью зависимость пациента от реальности (например, в виде успокаивающего боль касания руки) и не превращается ли терапевт для него, образно говоря, в протез вместо костыля. Однажды Дастин Хоффман (американский киноактер), рассказывая великому Лоуренсу Оливье о своей подготовке к роли безработного бродяги, упомянул, что для глубокого вхождения в образ он оделся в отрепья, ночевал под мостом и не мылся несколько дней. Выслушав и понимающе покивав, Оливье поинтересовался: «А вы не пробовали просто сыграть все это?» Быть может, во многих случаях более продуктивным будет создание для пациента условий, в которых он сможет *ощутить* себя в аналитическом кабинете ребенком, а не *стать* им, как в модели Пайнз. Однако в любом случае, как замечает Есяян, важно, что этот «ребенок» принимается терапевтом таким, каков он есть, и не должен удовлетворять требованиям послушности, ума, опрятности и т. д. Только тогда он сможет «найти себя», последовать своему индивидуальному ритму, открыть для себя (Есяян цитирует Винникотта) «свой собственный смысл любви, неизбежно осложненный агрессивностью и чувством вины». Освободившись от материнской депрессии, он сможет со временем достичь депрессии собственной, необходимой для становления целостного и независимого Я (Есяян, 1994).

Есян добавляет также, что для ребенка чрезвычайно важны слова, произносимые окружающими людьми по поводу его страдания. Если доступ к правдивым словам, отражающим переживаемое, для него закрыт, он ищет возможность выражения в болезни. Поэтому одной из главных задач терапевта становится создание пространства, в котором эти слова смогут прозвучать (Есян, 1994). О том же говорят Столорю с соавторами: если аналитик способен продемонстрировать пациенту, что он знает о его страхе и боли и, таким образом, стать для него успокаивающим и контейнирующим Я-объектом – новым объектом, отделенным и отличным от ранних родительских образов, – тогда конфликтные области его субъективной жизни и опыта смогут проявиться со временем более свободно (Столорю, Брандшафт, Атвуд, 1999).

Важное дополнение к этим тезисам дает Пайнз, замечая, что продуктивный диалог требует внимательно прислушиваться не только к тому, о чем пациент сообщает, но и к тому, о чем он молчит, и обращать внимание на то, как его тело вынужденно отыгрывает чувства, которые не могут быть сознательно выражены. Тело предоставляет человеку множество своеобразных средств для избегания осознания психических конфликтов и работы над ними (Пайнз, 1997).

Следование данным принципам в сочетании с определенным терпением, чуткостью и человечным (а не «строго аналитическим») характером коммуникации представляет, по-видимому, наиболее перспективный путь к прочным отношениям сотрудничества и к возможности пролонгированной терапии, методология которой не станет пересекать границ психоаналитической парадигмы. Как замечают Томэ и Кехеле, польза, которую может принести психоаналитик соматическиотягощенному пациенту, окажется тем большей, чем в большей степени он будет исходить из индивидуального состояния и образа тела субъекта, а не из ложно понятых и возведенных в ранг категорического императива принципов нейтральности и абстиненции (Томэ, Кехеле, 1996). К трудностям, испытываемым терапевтом в работе с «человеком соматическим», по-видимому, вполне можно отнести замечание Мак-Вильямс по поводу обсессивной личности: «...вся глубина упрямства обсессивного человека есть не что иное, как способность оценить терпеливую, лишнюю осуждения позицию терапевта, и в результате поддерживать общую атмосферу сердечности становится не таким уж трудным делом» (Мак-Вильямс, 1998, с. 379).

Я отдаю себе отчет в том, насколько оптимистично (неоправданно?) звучат эти слова на фоне ранее изображенного портрета психосоматической личности. Разумеется, сказанное не подразумевает, что работа

с таким субъектом в итоге окажется приятным и легким процессом с гарантированным успешным исходом: например, даже при видимо прочном альянсе и взаимопонимании алекситимия способна воздвигнуть неодолимую преграду на любом этапе данного пути. Томэ и Кехеле сообщают, что у соматических пациентов после определенного периода лечения развивается аффективный резонанс и фантазийная активность, количественно и качественно сопоставимые с наблюдающимися при терапии неврозов, и делают на основании этого наблюдения вывод, что проблемы терапевтической техники упираются не в алекситимию. Я мог бы возразить на это, что, во-первых, никем не вычислена возможная продолжительность этого «определенного периода»; во-вторых, алекситимия (как уже неоднократно говорилось) не всегда прямо коррелируется с соматической болезнью. Однако я полностью согласен с этими авторами в другом, а именно в том, что успех или неуспех анализа зависит от стольких условий, что его неудачи при лечении «психосоматической структуры» бессмысленно сваливать на гипотетические младенческие нарушения (Томэ, Кехеле, 1996).

4. ТЕРАПЕВТИЧЕСКОЕ ВЗАИМОДЕЙСТВИЕ

Присмотрись к себе у истока, потом
у устья – тогда поймешь, в том ли
направлении ты плыл.

Станислав Ежи Лец

4.1. Модель процесса

Если условно считать психоаналитический процесс поддающимся какой бы то ни было стандартизации – а на практике он таковым, естественно, не является, поскольку особенности личности каждого отдельного пациента направляют его по эксклюзивному пути, – то при работе с психосоматической личностью он может быть разделен на два этапа. На первом из них основной задачей терапевта является формирование безопасной зависимости и создание атмосферы взаимного доверия и принятия – того, чего, как правило, недоставало пациенту в детстве. Обычно эта часть работы ведется лицом к лицу для возможности визуального контакта и напоминает скорее обычную беседу, нежели терапию. Однако разговор при этом идет о жизни собеседника во всех ее аспектах, обо всех его прошлых и нынешних отношениях, конфликтах, обидах, тревогах и т. д. Терапевт помогает ему в вербализации чувств, способствуя тем самым дифференциации аффекта (например, сам называет их вместо того, чтобы ждать этого от пациента), в развитии навыков свободного ассоциирования, постепенно передает ему все большую инициативу; если такой шаг оказывается преждевременным – вновь берет ее в свои руки. Данный этап может длиться от нескольких месяцев до нескольких лет. Залогом его успешности служит искренняя заинтересованность личностью пациента со стороны аналитика, внимание, эмпатия и терпение – то есть черты, которых не хватало его раннему окружению. Крайне важно, чтобы одним из аспектов личности самого терапевта не являлась алексич-

тимия, то есть чтобы он сам не обладал психосоматической структурой. Если пациент почувствует, что терапевт в собственной психической жизни более прогрессивен, чем он сам, и готов при этом принимать его таким, каков он есть, возможно, он позволит себе со временем все больше раскрываться и обретет способность переживать и выражать сильные эмоции, такие, как любовь, ревность, зависть, гнев и т. п.

Переход ко второму этапу не совершается в некий «определенный момент»: по сути, он начинается осуществляться еще в начале или средней части первого, по мере того, как оба собеседника проникаются чувством того, что он становится возможен. Второй этап носит в большей степени «традиционно-аналитический» характер: когда атмосфера безопасности и доверия установлена, аналитик приступает к глубинному исследованию личности, предоставляя пациенту свободу вербального и невербального выражения. На данной стадии во многих случаях уместно бывает использование кушетки – однако с учетом того, что, как отмечали специалисты «парижской школы», потеря терапевта из виду иногда может оказаться для пациента эквивалентом реальной потери объекта и спровоцировать ухудшение его состояния. Поэтому работа с кушеткой может быть лишь предложена психосоматической личности, но не «прописана» как обязательный элемент терапии; кроме того, для нее следует сохранять возможность в любой момент вернуться к позиции «vis-a-vis».

Если пациент является носителем телесного расстройства или болезни, в ходе как первого, так и второго этапа может параллельно вестись поиск связи между обострениями соматической симптоматики и предшествовавшими им переживаниями и конфликтами. Вспомним, что Вейцдекер – автор субъектно-ориентированного подхода – предлагал психоаналитикам в каждом случае, когда речь заходит о телесном ухудшении, задаваться вопросом: «почему именно сейчас?», то есть пробовать идентифицировать психическое событие, предвалявшее обострение заболевания. Как уже говорилось, подобные связи часто поддаются обнаружению с трудом, поскольку истинная причина обострения может быть внешне малозаметна и даже забыта пациентом. Однако если найти ее и глубоко проанализировать, за ней нередко открывается переживание утраты чего-то крайне значимого, обида, разочарование, потеря надежды, безопасности и т. д. Для успешного решения данной задачи аналитику надлежит знать всю глубину предрасположенности пациента к соматическим способам решения проблем и хорошо исследовать шкалу его индивидуальных ценностей, чтобы понимать, что и в какой ситуации может оказаться его «ахиллесовой пятой».

Таким образом история органических и функциональных нарушений субъекта постепенно вступает в связь со всей историей его жизни и с кризисными моментами последней. Необходимо заметить, что лишь в редких случаях в терапии удастся достичь эмоционального отреагирования этих травм. Однако о позитивных результатах можно говорить и тогда, когда повышаются интроспективные способности пациента и он прогрессирует до уровня «диалога с самим собой». И все же главным в этой работе, по-видимому, остается не интерпретация конфликта, а развитие интересубъективности, и – позднее – последовательная проработка отношений.

Каждый психотерапевт решает сам для себя и для каждого случая в своей практике, ставить ли во взаимодействии с пациентом определенные исследовательские акценты или предпочесть им психоаналитический диалог с равномерно рассредоточенным вниманием. Так, владея теоретическими представлениями о генезе различных заболеваний, он может задаться некоей фокусной проблемой, например, при ревматоидном артрите – навыками свободного выражения агрессии, при язвенной болезни – вопросами самоопределения и повышения автономии, и т. д.: рекомендации по данному подходу в изобилии содержатся в любом учебнике по психосоматической медицине. Однако терапия, ориентированная на симптом как таковой, очевидно, станет мало способствовать решению главной задачи – развития и интеграции Я, установления коммуникации между внутренней и внешней реальностями, – то есть она дает человеку «синицу в руки» вместо того несоизмеримо большего, что мог бы дать ему психоаналитический процесс. По-видимому, открытым остается и вопрос о том, следует ли предупреждать пациента о вероятности обострения телесной симптоматики в ходе терапии. С одной стороны, не будучи заранее извещенным о возможности подобного развития событий, он может воспринять его как результат патогенного влияния анализа и прекратить работу; с другой – подобное предупреждение может возыметь (и часто имеет) эффект «программирования». Данную проблему также, по-видимому, лучше рассматривать индивидуально в каждом конкретном случае.

4.2. Развитие отношений

Интерсубъективная целостность «пациент-аналитик» представляет столь сложную систему, что описание ее структуры и динамики всегда начинается с вопроса: с какой стороны к ней подойти? Пожалуй, вернее всего будет начать с характерных чувств, переживаемых в этом

процессе самим терапевтом – с реакцией контрпереноса. Общий эмоциональный фон, на котором разворачивается его работа, нередко складывается из ощущений скуки, безнадежности, гнетущей монотонности, и рождает порой мощное желание предпринять те или иные усилия для придания происходящему большей динамичности, то есть сделать крайне медленно прогрессирующего пациента более успешным. Нечто весьма похожее испытывала в свое время мать последнего, раздраженно наблюдая, сколь долго и неохотно ее ребенок приближается к идеалу (и при этом, как мы помним, бессознательно препятствуя его прогрессу). Однако при этом следует помнить, что любая попытка искусственно динамизировать терапию станет так же пагубна, как попытка этой матери подтолкнуть ребенка к преждевременной сепарации и автономии. С тем же успехом можно было бы стараться ускорить рост дерева, таща его за ветви вверх.

Тем не менее, по-видимому, именно данные переживания во многих случаях были причиной того, что ряд специалистов в области психосоматической медицины в конце концов сходил в мнении о бесполезности психоанализа и о необходимости применения к этим пациентам более активных методик. Я вполне могу их понять. По меньшей мере четыре раза я встречался в своей практике с «человеком соматическим» в крайнем, ярко выраженном варианте – портрет его был описан мной в главе 2.1. Не раз в работе с этими пациентами я ловил себя на ощущении, что мне хочется бессильно опустить руки, что я продолжаю встречаться с ними лишь по инерции и не испытываю ничего, кроме облегчения, если на очередной сессии услышу: «Ладно, я, наверное, не буду больше к вам ходить». Эмоциональным фоном, на котором временами высвечивались те или иные мои чувства – надежда, благодарность, жалость, ревность, – была скука. Мы привыкли к условной дихотомии «здоровой» и «больной» частей личности пациента; но опыт терапии этих анализандов порой заставлял меня предположить, что в ней присутствует и третья часть – «мертвая», ороговевшая наподобие мозоли. С предельным упрощением можно сказать, что во взаимодействии со «здоровой» частью фоном моих переживаний является интерес, с «больной» – боль. Чувство скуки служит для меня индикатором того, что я вынужден соотноситься с частью «мертвой», которую как будто нельзя ни оживить, ни убить, ни избавить от боли – поскольку мертвое не болит. Таково было мое знакомство с ситуацией, следующим образом описанной Мак-Дугалл: пациент-«антианализанд» по собственному образцу делает аналитика безразличным к его страданию; он прекращает анализ, лишая аналитика любопытства – того, чего лишен он сам.

Как и во многих иных ситуациях, воздержаться от отыгрывания контрпереносных переживаний в данном случае помогает понимание того, что происходит между двумя собеседниками в интерсубъективном поле. Перенос, откликом на который становятся описанные чувства, также складывается из некоего «фона», временами расцветиваемого теми или иными красками и оттенками. Последние обуславливаются индивидуальными личностными особенностями конкретного пациента и порой характером его заболевания, если оно присутствует: люди, страдающие артритом, часто бывают покладисты, тихи и терпеливы, язвенные больные – агрессивны, недоверчивы, и т. д. Соответственно нюансы контрпереноса могут варьировать в разных случаях от жалости и чувства вины до стыда и злости. Однако фоном, на котором развиваются эти частичные компоненты невербального диалога, обыкновенно является восприятие терапевта лишь как *лечащего робота*, без выражения какого-либо личностного отношения к нему, насыщенного фантазиями и эмоциями. Именно оно и действует на аналитика зачастую как сильный деморализующий фактор. Я помню, как в работе с одним из таких пациентов мне было трудно иногда удержаться от искусственного привнесения в терапию *своей личности*, например, от выражения несогласия с каким-либо аспектом его жизненной позиции; он же в ответ на вмешательства подобного рода обыкновенно отвечал с холодным недоумением: «Видимо, у вас есть своя точка зрения», но в интонациях его при этом явственно читалось: «А вы, простите, кто такой?».

Нередко эта ситуация создает у терапевта представление об отсутствии переносных реакций как таковых: выступая в роли супервизора подобных клинических случаев, я не раз слышал от начинающих психотерапевтов фразу «Этот пациент не формирует перенос». Здесь невольно вспоминается фрейдовская дифференциация психопатологий на невроты переноса и нарциссические невроты и утверждение о неприменимости психоанализа к последним, при которых отсутствует необходимая для исцеления либидиозная связь между пациентом и аналитиком. Однако многое зависит от того, какой именно смысл мы вкладываем в понятие «перенос»: мне кажется наиболее корректным понимание этого феномена как сложного и весьма многогранного явления, охватывающего *все* аспекты восприятия человеком другой личности и лежащего в основе *любых* отношений. В данном случае можно сказать, что та отстраненность и «безличность» восприятия, которая создает иллюзию бесполезности аналитического подхода, и есть проявление переноса: раннее окружение ограничивало ребенку возможность не только выражения, но и переживания связей. Аналитик служит

для пациента тем же функциональным объектом, каким была для него мать. Она исполняла по отношению к нему определенные *материнские функции*: умыть, накормить, одеть, уложить вовремя в постель. Эмоциональный же взаимообмен был при этом минимален: нередко в такой семье проявления любви рассматривались как «телячьи нежности», проявления агрессии – как нечто, что следовало проигнорировать или немедленно запретить.

Возможно, в этом состоит одна из причин, по которым Бройтигам с соавторами утверждают, что в терапии психосоматического пациента его современная жизненная ситуация и нынешние отношения должны иметь для терапевта большее значение, нежели ретроспектива и регрессия, а реальное восприятие собеседника должно доминировать над переносом (Бройтигам, Кристиан, Рад, 1999). Однако не отражает ли такая позиция всего лишь некритичное принятие аналитиком игры, которую ему навязывает пациент? Данная ситуация может выглядеть как буквально «пропитанная реальностью», но не случайно сторонники интерсубъективного подхода – одного из наиболее современных направлений в психоанализе – предостерегают от злоупотребления пониманием «реальных отношений» и от тенденции называть «переносом» все то, что субъективно воспринимается как их искажение. В подобных случаях аналитик по сути узурпирует право на видение истины и реальности и привлекает «концепцию искажения» всякий раз, когда реакции презрения или восхищения, направляемые на него пациентом, противоречат его самовосприятию и ожиданиям (Столороу, Брандшафт, Атвуд, 1999). Добавим, что на практике обычно почти невозможно провести четкую демаркационную линию между «реальными» реакциями и реакциями переноса: ведь сколь бы адекватным реальности ни выглядел тот или иной поведенческий или аффективный паттерн, его корни отчасти всегда принадлежат личной истории субъекта. Аналогично, сколь бы неадекватным он ни казался, его активизация также отчасти вызвана чем-то из окружающей реальности. Брайан Берд замечал в данной связи: «Ничто не представляет собой лишь реальной реакции... именно то, что кажется наиболее реальным, содержит в себе наиболее важные аспекты переноса» (Bird, 1972, p. 282). Если же мы наконец зададимся вопросом, существуют ли некие эталоны «реального восприятия», то неизбежно приходим к выводу: реальность – это лишь то, в отношении чего оказывается единой точка зрения большинства.

В случае психосоматической личности именно «предельная реальность» всего или почти всего, что происходит в аналитическом кабинете, способна вызывать ощущение растерянности и тупика. Пациент все

делает адекватно и правильно (может быть, чуть-чуть более адекватно и правильно, чем это было бы естественно), и за счет одного этого вызывает в терапевте чувство вины, как бы говоря ему: «Я выполняю свои контрактные обязательства идеально; я делаю все, что ты мне скажешь, а если чего-то сделать не могу, то ты не должен требовать от меня этого, и, значит, если у нас что-то не получается, дело только в тебе». Эта ситуация рождает у терапевта глубокие сомнения в себе и в качестве выполняемой работы. Вслед за Мак-Дугалл он может повторить сказанное ею по поводу «антианализанда»: «пять лет анализа» трансформируются в «пять лет присутствия», само же участие пациента в аналитическом процессе начинает выглядеть как его, возможно, наиболее серьезный симптом. В других случаях психосоматический пациент может восприниматься как чрезмерно требовательный, неблагодарный, «неудобный»; поведение его способно вызывать неприязнь или безразличие, эмоциональную отстраненность. Яркой иллюстрацией могут служить многие язвенные больные: как «пассивный» тип язвенника, прямо и неприкрыто выражающий регрессивное желание зависимости, так и «активный», у которого манифестная структура личности определяется компенсаторными реакциями. С первым терапевт нередко делается чрезмерно нетерпелив и требователен, со вторым – остро чувствует себя вовлекаемым в ситуацию конкуренции и борьбы.

Еще раз воспользуемся случаем, чтобы сравнить в данном аспекте соматическую личность с личностью обсессивно-компульсивного типа. Последняя также обыкновенно демонстрирует стремление быть «идеальным пациентом», серьезность, сознательность, честность и другие качества, необходимые, как кажется, для того, чтобы терапевт столь же «идеально» выполнил свою часть обязательств. Как отмечает Мак-Вильямс, «...есть нечто трогательное в их попытках быть “хорошими” – настолько по-детски они стремятся к сотрудничеству и полагаются на терапевта» (Мак-Вильямс, 1998, с. 378). Однако работа с этими людьми очень трудна из-за особенностей контрпереноса. Терапевт, как правило, воспринимается ими как заботливый, но требовательный и осуждающий родитель, и в отношении к нему сознательная уступчивость сочетается с мощным бессознательным противодействием. Наряду с обязательностью и готовностью к сотрудничеству они часто проявляют раздражительность и критичность, при этом конфронтации с подобными чувствами обыкновенно отрицаются или обесцениваются. Аналитики, не склонные рассматривать аффекты как проявления слабости или недостатка дисциплины, бывают озадачены тем, что пациент стыдится их и сопротивляется их признанию; они могут при этом скучать или про-

бовать дистанцироваться от его бесконечных интеллектуализаций. Мак-Вильямс описывает компульсивного пациента, который представлялся ей картонной фигурой для фотографирования с головой, вставленной в отверстие. Она же замечает, что подобное сочетание демонстративной покорности с бессознательным стремлением к саботажу способно довести терапевта до бешенства (Мак-Вильямс, 1998). Психосоматик заставляет аналитика переживать весьма близкие трудности; однако к ним добавляется еще и то, что, как говорилось выше, он обычно сознательно мотивирован к психотерапии существенно ниже, чем обсессивно-компульсивный пациент.

Ключом к переносу и прогрессу в развитии подлинно терапевтических отношений в подобной ситуации, согласно моему опыту, может стать понимание роли тревоги в ее формировании. Пациент, проявляющий минимум видимого интереса к аналитику как личности и к собственному внутреннему миру, избегает тем самым катастрофической опасности: то, что Мак-Дугалл называет «смертью любопытства», позволяет ему отвести от собственного Я экзистенциальную угрозу. Точно так же большинство людей не особо озадачивается вопросом «как понять, что пространство и время бесконечны?», в глубине души отдавая себе отчет, что серьезные попытки ответить на него вполне могут довести до психиатрической клиники. Тревога, столь сильная, что постоянно балансирует на грани перехода к телесной симптоматике, в переносе может достигать опасной интенсивности. Терапевтическое мастерство в этом случае состоит в поддержании атмосферы диалога, в которой она может быть открыто проявлена как таковая либо в ряде своих производных: ярость, зависть, зависимость и т. п. Психосоматическая проблематика в данном аспекте эквивалентна неврозу тревоги: чем он серьезнее, тем выше вероятность, что ею окажется насыщено поле интересубъективности. Как отмечают Томэ и Кехеле, «слабость Я» при неврозе тревоги означает столь низкий эмоциональный порог, что весьма обычные с точки зрения другого человека желания выступают в качестве «инстинктивной тревоги», включая сигнал опасности. Отсюда проистекает потребность пациента полностью опираться на функционирование аналитика как «дополнительного Я», способствующего расширению сферы действий (Томэ, Кехеле, 1996).

Многие авторы отмечали кажущийся парадокс данной ситуации, заключающийся в том, что степень отстраненности психосоматического пациента прямо пропорциональна его истинной потребности в реальной фигуре и поддержке аналитика. Мак-Дугалл дает описание характерной для подобных случаев «аддиктивной» формы переноса, при кото-

рой аналитик становится для пациента своего рода центром жизни. Он воссоздает в своем лице особый объект – собственное Я пациента, принадлежащее уровню наиболее примитивных отношений «мать-младенец» и поэтому затмевающее все иные объекты. При этом расставание с аналитиком сопровождается для пациента не только нормальной печалью, но нередко и ярко выраженными соматическими реакциями либо временными психозами (Mc Dougall, 1974). Пайнз, ведя речь о пациентке, перенесшей младенческую экзему, пишет о ее желании повторить в отношениях с аналитиком неоправданно долгий первичный опыт переживания единства с матерью. При этом эмоциональное наполнение отношений вызывает у нее мощную тревогу: стремление к слиянию сталкивается со столь же сильным страхом перед регрессией и потерей собственного Я. Характер переноса в подобном случае обычно определяется способностью субъекта контролировать чувства, поддерживать собственную идентичность и защищаться от тревоги аннигиляции. Пайнз замечает, что при работе с такими пациентами всегда следует ожидать от них искажений представления о себе, связанных с нарушениями нарциссических структур, и обостренной чувствительности к отношениям.

Согласно наблюдениям Пайнз, эта нарциссическая проблематика, обусловленная нарушенным понятием собственного Я, вкупе с обостренным восприятием отношений, делает для страдавших младенческой экземой пациенток трудновыносимыми чувства, принадлежащие как переносу, так и контрпереносу. Желание, чтобы другой человек обнял и успокоил их, встречается со страхом эмоциональной близости и поглощения. Пациенты, от которых экзема когда-то оттолкнула их матерей, испытывают невероятный стыд и воспринимают аналитическую ситуацию как пространство, где его придется переживать снова и снова; аналитик становится для них не только «кожей», оберегающей от дезинтеграции, но и вторгающимся объектом. Пациент может быть в этих условиях очень требователен и назойлив; при этом он, как и младенец, не склонен сдерживаться или заботиться об аналитике. Столь же сильные чувства рождаются и в контрпереносе, так как аналитик подвергается проверке на толерантность к агрессии пациента и к собственному раздражению против него (Пайнз, 1997). Добавим, что контрперенос может создавать дополнительные трудности еще и потому, что эти пациенты нередко бывают так же чувствительны к бессознательному аналитика, как были чувствительны в раннем детстве к материнской амбивалентности, враждебности и тревоге.

Однако в этих условиях именно контрперенос может стать ключом к пониманию происходящего и к реконструкциям ранней личной исто-

рии собеседника. Для аналитика чрезвычайно важно вовремя задать вопросы: «почему я злюсь», «почему мне скучно», «отчего я так спокоен, когда он сообщает о столь драматичных событиях» – ответы на них, основанные на чувствовании ситуации, могут сыграть гораздо более конструктивную роль, чем избегание и подавление «неприемлемых» состояний. В тесной связи с этими вопросами оказываются другие: *что* пациент делает с аналитиком «здесь и сейчас», каким образом использует его в качестве объекта? Уничтожает ли он его недоверием, или пытается заразить тревогой, или опирается на него как на костыль, без которого ни один самостоятельный шаг невозможен? Аргеландер описывал данный уровень восприятия пациента как уровень сбора «ситуативной информации»: какой стиль отношений он предлагает терапевту (цит. по: Куттер, 1997)? Контрперенос обретает при этом особую значимость как инструмент «коммуникативной диагностики»: в данном взаимодействии могут быть открыты неявно выраженные ранние объект-отношенческие паттерны, иногда с инверсией ролей. «Первичная природа нарушений выявляется по тончайшим оттенкам эмоциональной атмосферы в терапевтическом взаимодействии» (Пайнз, 1997, с. 27). Согласно наблюдению Мак-Дугалл, когда такие пациенты отвергают попытки терапевта идентифицироваться с теми или иными аспектами их личности, терапевт на фоне переживаний разочарования и беспомощности идентифицируется с их внутренними объектами и выдерживает их аффекты с помощью интроекции. Эти объекты почти не поддаются обнаружению, но они могут быть поняты через контрперенос. Пациент может настойчиво отрицать глубокие чувства, однако аналитик их воспринимает и сообщает о них в подходящий момент (Мак-Дугалл, 2000).

Пайнз добавляет, что, хотя психосоматический пациент требует от аналитика очень большого терпения, он вызывает желание заботиться. Его наблюдательность и высокая восприимчивость к невербальным реакциям собеседника заставляет последнего постоянно отслеживать свой перенос и контрперенос, нередко рождает тревогу и замешательство. Но если искомый альянс все же установлен, вербализация аффекта оказывается существенно облегчена; тогда регрессия и соматизация могут быть отброшены, и открывается реальная возможность начала индивидуации с истинным отделением от матери (Пайнз, 1997).

Другой стороной проблемы терапевтических отношений является сам перенос и работа с ним: скажем об этом несколько слов отдельно, несмотря на то, что размежевание явлений «переноса» и «контрпереноса», на самом деле взаимно детерминирующих друг друга и сливающихся в коммуникативную целостность, есть лишь дидактическое и далеко не

всегда обоснованное упрощение. В «классической» модели психоаналитического процесса под «работой с переносом» обыкновенно понимается создание условий для его развития и выражения (иногда – для развития полноценного невроза переноса как «нового издания старых проблем») и последующее «разрешение» с помощью интерпретаций. Однако данная модель была разработана на основе теории конфликта, а не дефицита, и, как показал еще Балинт, оправдала себя лишь в отношении пациентов с достаточно развитой способностью к интернализации, то есть с относительно немодифицированным (здоровым) Я. Тем более можно говорить о ней как по крайней мере недостаточной для терапии личности, перенос которой выражается, например, в появлении или обострении соматического симптома. О бессмысленности символических интерпретаций телесной симптоматики Фрейд писал еще в 1910 году, Александер – в 1935: такой подход является методологической ошибкой хотя бы потому, что соматический симптом представляет лишь конечный результат цепи опосредующих органических процессов. Клинический же опыт позволяет добавить, что и интерпретации других, не телесных, проявлений и реакций психосоматической личности в лучшем случае не оправдывают надежд, которые на них возлагались: они усваиваются пациентом как некое знание, однако воспользоваться им он не способен. В худшем же случае он использует ситуацию как повод либо высмеять терапевта и обвинить его в бесплодном мудрствовании, либо самому надолго уйти от перспективы чувствования в сторону безопасной возможности думать и рассуждать.

Данная проблема вполне созвучна тем, что были описаны Мак-Дугалл в отношении «антианализанда» и Мак-Вильямс в отношении личности обсессивно-компульсивного типа. При терапии (вернее, при попытках терапии) «антианализанда» интерпретации «проваливаются в пустоту», а фантазии и реконструкции, используемые аналитиком, воспринимаются пациентом как абсурдные. «Антианализанд» отрицает субъективную реальность собеседника, проецирует аффект в разделяющее их пространство и не видит пользы в подобном исследовании своих взглядов, убеждений, отношений. Если аналитик продолжает настойчиво предпринимать подобные шаги, он превращается для пациента в Другого со своей, непохожей на его собственную, психической реальностью – то есть в преследователя. Отрицание затем возвращает ситуацию к исходной точке (Мак-Дугалл, 2000). В описании Мак-Вильямс обсессивно-компульсивная личность склонна рассуждать о своей психодинамике тоном автомеханика, который знает, что разладилось в моторе, и которому от этого знания не становится легче. Преждевременные ин-

терпретации, то есть обращенные к пониманию прежде, чем будет снят запрет на аффекты, лишь укрепляют его защитную когнитивную броню (Мак-Вильямс, 1998).

Вот лишь два примера характерного отклика психосоматической личности на интерпретации – причем, как будет видно, отнюдь не на самые глубокие и сложные. Моя пациентка, успешная женщина тридцати лет с двумя высшими образованиями, кандидат наук, любила на сессиях перебирать в памяти свои достижения и делиться дальнейшими планами; при этом она часто и как бы невзначай упоминала, что ее мать, работавшая то продавщицей, то вахтершей в общежитии, закончила лишь восемь классов и техническое училище. Когда я заметил, что, похоже, соревнование с матерью можно считать выигранным, она с легкой досадой ответила: «Да какое там соревнование, я же говорю, что у нее было восемь классов и ПТУ за спиной. Ну так вот, я начала рассказывать о том, что сейчас мне предлагают работать над докторской...» В другом случае я однажды сказал пациенту, опоздавшему на сессию на пятнадцать или двадцать минут, о своем ощущении, что таким образом он сокращает период риска вновь коснуться некоторых болезненных тем. «Да, – охотно согласился он, – хотя на самом деле просто перед выходом из дома я вспомнил, что надо еще написать записку дочери и по дороге обязательно успеть заплатить за квартиру. Но я понимаю, что это бессознательное сопротивление. Я думаю, оно связано с моей кастрационной тревогой, и все это, конечно, имеет отношение к детству. Может быть, я, сам того не сознавая, боялся того, что вы, как мой отец...», и так далее. Мне потребовалось не менее трех минут, чтобы его остановить.

Возможно, в подобных ограничениях «классического» подхода заключалась одна из причин того, что Александер использовал в работе с психосоматическими пациентами неаналитические техники, манипулируя переносом и давая авторитарные указания или советы. Многие терапевты и в наши дни поступают аналогично, исполняя то, что Балинт называл «апостольской функцией врача». Как Балинт замечал в данной связи, каждый врач имеет смелые, но почти непоколебимые представления о том, как должен вести себя человек, если он болен. Об этих советах и указаниях справедливо отзываются Бройтигам с соавторами: если прислушаться к ним внимательно, часто оказывается, что они больше подходят самому терапевту (Бройтигам, Кристиан, Рад, 1999).

Нельзя забывать то главное, что делает работу с «человеком соматическим» столь непохожей на психотерапию «психических» пациентов: это – алекситимия и потребность в *реальном и тождественном* самому пациенту объекте. Именно по этой причине он не склонен к фантази-

рованию по поводу аналитика и не проявляет к его личности глубокого интереса: и первое, и второе могло бы привести к невыносимому открытию того, что *аналитик – другой человек*. Своим поведением он выражает высокую зависимость от реального присутствия собеседника, иногда проецируя ее на окружающих и подчеркивая собственную агрессивную автономию, иногда проявляя прямо и открыто – как нередко бывает у людей с кардиофобическими невротами, которые буквально «прикипают» к лечащему врачу и демонстрируют неспособность оставаться в одиночестве. Пациент воспринимает интерпретации переноса как атаки, поскольку они разрушают связь и ставят его лицом к лицу с собственной субъективностью. Здесь уместно вновь вспомнить Фэна и описанных им психосоматических больных с доминантой фаллического нарциссизма, которые заменяют проективно-интроективный диалог первичным отсутствием различий между матерью и младенцем. Переживание собственной незавершенности и зависть к идеальному партнеру становится для них способом вернуть извне активный реальный объект. Реальность Другого – фактор, позволяющий им организовать собственные психические реакции в конкретные формы поведения, содействующие социальному успеху, в то время как отсутствие внешних перцепций рождает у них чувство пустоты, убивает интерес к миру и жизни и создает ощущение разрыва связей с объектами прошлого (Фэн, 2005). Также Марти замечал, что люди, страдающие психосоматозами, часто заболевают по окончании анализа вновь, если на смену аналитику в их жизни не приходит новый реальный объект; и что эти отношения не следует прерывать до тех пор, пока не сформировались другие, столь же важные и реальные, которые могли бы занять их место (Марти, 2005).

Усугубление телесной симптоматики является для психосоматической личности проверенным средством удержать реальный, заботящийся и удовлетворяющий объект в зоне доступности. Характерный случай, касающийся пациентки с кожными (среди прочих) проблемами, был описан Пайнз. Чувство, что за ней ухаживают, возникало у нее лишь в периоды обострения заболевания; соответственно выздоровление приравнивалось ею к потере материнской заботы. В своем первом (до начала отношений с Пайнз) анализе она поддерживала психическое равновесие тем, что выполняла все, чего ее аналитик – как ей казалось – от нее ждал. Последовавший затем отъезд аналитика вызвал у нее полную утрату собственного Я, замаскированную под глубокую депрессию, так как продолжать имитацию объекта стало невозможно (Пайнз, 1997).

Замечу к слову, что бывают, хотя и относительно редко, ситуации, когда именно прекращение терапии необходимо для инициации позитив-

ных перемен в состоянии пациента: так случается, когда аналитический процесс уже позволил сформироваться некоему целостному потенциалу, но при этом превратился в средство избегания возможности его реализации. В моей практике был случай, когда пациент на протяжении четырех лет увлеченно работал над собой, демонстрировал интенсивную динамику развития отношений «здесь и сейчас» и все более глубокое их понимание, однако в его жизни за пределами кабинета не происходило ровно никаких изменений: аналитическая ситуация была словно наглухо изолирована им от остального мира. В конце концов я, вспомнив манипулятивный прием Фрейда в отношении Сергея Панкеева, назначил ему срок окончания работы. Пациент воспринял мое сообщение крайне негативно и в течение оставшихся в его распоряжении месяцев анализа не раз пытался убедить меня отказаться от подобного решения. Тем не менее в названный срок терапия была прекращена. Через некоторое время у нас состоялась контрольная постаналитическая встреча, на которой я с удивлением узнал, что жизнь пациента изменилась к лучшему практически во всех главных аспектах: я ожидал этих перемен, но не предполагал, что они окажутся настолько масштабными. Я плохо разбираюсь в вопросах физики, но, насколько мне известно, вода становится льдом при выполнении двух условий в совокупности: охлаждения до определенной температуры и отсутствия абсолютного механического покоя. Если она пребывает в абсолютном покое, ее можно охладить до космических температур, и все же она сохранит жидкое состояние; но если после этого подвергнуть ее самому ничтожному колебанию, она мгновенно превратится в лед. Повидимому, в случае моего пациента роль такого колебания, позволившего некоему количеству перейти в некое новое качество, сыграло прекращение терапии; хотя я не исключаю и возможности, например, того, что достижение жизненного успеха стало для него «наилучшим ответом» мне как человеку, который его перед тем отверг.

Ухудшение симптоматики как при расставании с аналитиком, так и в ходе работы может быть рассмотрено как своего рода отыгрывание. Застраховать от него терапию на сто процентов невозможно, и чаще всего единственное, что аналитик может в данном аспекте сделать для пациента – это обеспечить ему контакт с врачом соответствующего соматического профиля. Проблема состоит в том, что аналитики часто склонны понимать такое отыгрывание как возникающее в результате враждебности, обесценивания терапии и других реакций, связанных со смешением терапевта с архаическими родительскими образами. Они начинают использовать интерпретации подобного рода, когда поведение пациента ставит под угрозу их самоощущение; пациент в свою очередь воспринимает аналитические интервенции как сковывающую связь, поскольку аналитик накладывает на него схему, не соответствующую организации его опыта. В других случаях у аналитика может возникать в эти периоды интенсивное

чувство вины, желание немедленно помочь пациенту и обостренное ощущение своей ответственности за происходящее. Однако если он поддается этим по-человечески вполне естественным импульсам и проявляет при манифестации заболевания большее внимание к собеседнику, нежели обычно, он делается жертвой психосоматической провокации. Его поведение начинает дублировать поведение раннего окружения, которое обеспечивало ребенку подлинное внимание и заботу лишь тогда, когда он заболел. Выгода от болезни не должна присутствовать в аналитических отношениях; одним из важнейших терапевтических факторов в этой работе является ровное и неизменно доброжелательное отношение к пациенту, не зависящее от состояния его здоровья.

Добавим, что обострение симптоматики в аналитическом процессе, как ни странно это прозвучит, может быть благоприятным показателем. Сперлинг отмечала ранее, что психосоматическая личность склонна к демонстрации поведенческих форм патогенного отыгрывания; последнее же часто сменяется в терапии психосоматическими реакциями в те периоды, когда аналитик воспринимается пациентом как угрожающее его целостности экстернализованное Сверх-Я (Sperling, 1968). С точки зрения Аммона, в этом случае психосоматическая реакция может означать шаг в направлении интеграции Я; с этого времени пациент начинает обретать способность постепенно устанавливать новые формы отграничения от объекта – более адаптивные, нежели разрушительное отыгрывание или телесный симптом. Ему следует дать возможность распознать психосоматическую боль как продукт конфликта идентичности и отграничения и выразить и проработать агрессию, связанную с этим конфликтом (Аммон, 2000).

Для понимания того, как может быть структурировано развитие отношений между терапевтом и психосоматической личностью и работа с переносом последней, весьма полезным представляется клинический опыт и методологический подход сторонников «интерсубъективного» направления психоанализа (Столороу, Брандшафт, Аत्वуд, 1999). Согласно концепции Столороу с соавторами, в переносе пациент ассимилирует (говоря языком Пиаже) аналитические отношения в тематические структуры субъективного мира. Перенос рассматривается «интерсубъективистами» не в аспекте регрессивного возврата к ранним стереотипам или смещения значимых фигур из прошлого на новый объект: он является выражением продолжающегося влияния организующих принципов, которые выкристаллизовались из наиболее ранних формирующих переживаний. Когда на развитие отношений негативно влияют пережитки

провалов ранних Я-объектных связей, главным целебным фактором становится Я-объектный перенос. Его важнейшая роль определяется артикуляцией, интеграцией и развитием аффекта.

Понятие Я-объектного переноса было сформулировано Когутом для обозначения процесса, посредством которого пациент стремится восстановить в отношениях те связи, что были преждевременно и травматично разорваны в течение формирующего периода его жизни: опираясь на них, он пробует реинтегрировать ощущение своего Я. Однако данный тип переноса свойствен не какой-то определенной категории пациентов: это измерение приложимо ко всем формам переноса, которые могут поочередно занимать место «фигуры» и «фона» в переживании субъектом аналитической ситуации. Его характер детерминирован в первую очередь контрпереносом, с которым он образует интересубъективную систему с реципрокным взаимовлиянием. Я-объектное измерение переноса переживается пациентом, говоря языком Винникотта, как «поддерживающее окружение», то есть архаический интересубъективный контекст, восстанавливающий прерванные процессы психологической дифференциации и интеграции. Иными словами, непосредственной основой психологического роста и структурообразования становится защищенная от серьезных разрывов Я-объектная связь.

Для работы с психосоматической личностью особой значимостью обладает предложенный «интерсубъективистами» подход к защитами от аффектов, которые в ходе анализа принимают вид сопротивлений. Пациент испытывает потребность отрицать или инкапсулировать аффекты вследствие неудач раннего окружения в попытках обеспечить отклик на эмоциональное состояние ребенка. Эти защиты следует понимать как дериваты активизируемого в переносе страха того, что эмоции вызовут у собеседника неадекватную реакцию. Если терапевт способен к хорошей аффективной настройке и сопротивление удается успешно проанализировать, задержанная потребность пациента в адекватном отклике станет вновь переживаться им в аналитической диаде. Черты Я-объектного переноса будут определяться специфическими аффективными состояниями и функциями, которых пациент ожидает от терапевта. В этой ситуации особенно важна способность последнего понимать и интерпретировать данные состояния и соответствующие Я-объектные функции: она ускоряет продвижение пациента к более богатой и свободной эмоциональной жизни.

Сторонники «интерсубъективного» подхода выдвинули концепцию переноса как биполярного феномена. Перенос представляет двухполюсную динамическую силу, на одном полюсе которой существует

стремление пациента ощутить в аналитике источник необходимых Я-объектных функций, отсутствовавших в формирующие годы его жизни. Пациент нуждается в опыте отношений, который позволит ему возобновить и завершить прерванный некогда процесс развития, и интуитивно чувствует, что такой опыт может предоставить ему терапевт. На другом полюсе в то же время доминирует упомянутый страх повторения провалов Я-объектной связи и обусловленных ими первичных переживаний, ответственный за сопротивление. Иными словами, речь идет о постоянном сосуществовании двух измерений переноса: Я-объектного и конфликтного. Способ терапевтического влияния при этом зависит от того, какое из них доминирует на данном этапе анализа. Когда на «авансцену» ситуации выходит конфликт, важнейшей составляющей процесса становится интерпретация организующей активности пациента, проявляющейся в коммуникативном пространстве. В противоположном случае задачей аналитика оказывается предоставление пациенту себя в качестве «нового объекта» (термин Левальда), уникального по способности вызывать образы из прошлого и в то же время демонстрировать существенное отличие от них. В понимании сторонников данного подхода Я-объектное измерение переноса есть архаическая интерсубъективная матрица, которая, будучи восстановлена во взаимодействии с терапевтом, позволяет пациенту продолжить или возобновить нарушенное развитие. Если вернуться к обозначенной мною выше дихотомии «желаний» и «потребностей», то можно условно соотнести первые с конфликтным измерением, вторые – с Я-объектным.

С точки зрения «интерсубъективистов», успешно текущий психоаналитический процесс подразумевает неизбежные и повторяющиеся колебания между этими двумя полюсами. Их смена соответствует трансформациям в психологической организации пациента и в мотивационных приоритетах, возникающим как реакции на изменения в отношениях с аналитиком. Перемены определяются тем, оказывается ли активность аналитика созвучной аффективным состояниям и потребностям пациента. Если последний не встречает адекватного эмпатийного отклика, его охватывает предчувствие провала Я-объектной связи и повторения травматического переживания. Задачей аналитика в подобном случае становится не просто интерпретация (как уже говорилось, в отношении психосоматической личности ее возможности весьма ограничены), но признание своей роли в перемене характера коммуникации и открытое обсуждение неудачи. В противном случае на первый план диалога выступает стабильное и плохо поддающееся проработке сопротивление, в то время как Я-объектные потребности «уходят в тень».

В периоды доминирования Я-объектного измерения переноса терапевтическое влияние концептуализируется как процесс не реорганизации, а нового формирования психологической структуры. Оно осуществляется главным образом именно тогда, когда Я-объектное измерение не повреждено или пребывает в процессе восстановления. Чувства пациента, связанные с образом и поведением аналитика, обеспечивают коммуникативный контекст, в котором постепенно развивается его способность занимать рефлексивную, принимающую и поддерживающую позицию по отношению к собственным аффективным состояниям и потребностям. Последовательное и безоценочное принятие аналитиком переживаний пациента становится для него средой, обеспечивающей возобновление прерванных или заторможенных процессов самоартикуляции и дифференциации Я. Терапевтический эффект анализа провалов Я-объектных связей состоит в интеграции разрушительных аффективных состояний, приведших к этим провалам, и коррекции и расширению самих связей. В сущности таким путем достигается цель, сформулированная Аммоном: предоставление пациенту условий, в которых его Я сможет развиваться в идеале до полной идентичности.

Добавлю, что «интерсубъективная» концепция во многом созвучна сложившемуся у меня за последнее десятилетие пониманию переноса как сложного коммуникативного образования, включающего три уровня взаимодействия: уровень вербального запроса и диалога, уровень проективных идентификаций (источник сопротивлений) и уровень «поиска потерянного объекта». На этом последнем, при условии достаточной эмпатии и создания необходимой пациенту атмосферы, происходит «выращивание» им в аналитике объекта отношений, нехватка которого когда-то стала для него тормозящим развитие фактором. Основанная на таком понимании модель терапевтической связи подразумевает свободу эволюции переноса, ограничиваемую лишь вычленением и нейтрализацией его патогенных составляющих на втором уровне: более подробно я писал об этом ранее (Рождественский, 2005). Здесь мне хотелось бы коснуться только трех главных (как я их вижу) задач, решаемых аналитиком в подобном взаимодействии: это не технические рекомендации, а структурирующие принципы, в рамках которых возможен огромный диапазон форм и способов реализации устанавливаемых целей.

Первая задача состоит в создании для пациента среды, в которой его личностный потенциал может быть активизирован. То, что имеется в виду, наверное, наиболее близко к идее Балинта о терапевте как объекте «первичной любви»: он является принимающим, безопасным и неуязвимым, своего рода вмещающей субстанцией, обеспечивающей

оптимальные условия для непатогенной и нетравматичной регрессии. В концепции Винникотта это «мать-окружение». Возможно, правильнее говорить даже не о создании такой среды терапевтом, а о его *превращении* в таковую. Речь здесь идет не о том, чтобы *делать* нечто, но о том, чтобы постоянно и в каждом нюансе присутствовать, *быть*.

Вторая задача заключается в том, чтобы вербальными и невербальными средствами способствовать воссоединению расщепленных частей личности пациента – той, которая соотнесена исключительно или почти исключительно с его внутренним миром, и той, что реагирует на соприкосновение с миром внешним. Формирование или обогащение «зоны непосредственного опыта», говоря языком Винникотта, есть создание и поддерживание необходимой иллюзии: процесс, протекающий в поле между первичной (фантазийной, галлюцинаторной) креативностью и восприятием объекта, основанном на тестировании реальности. Именно в этом состоит терапевтическая функция переноса как феномена, принадлежащего пространству иллюзий, и именно это я подразумеваю, подчеркивая важность предоставления ему свободы безопасного развития в Я-объектном измерении. В терминологии Винникотта это – задача перевода пациента из структурированного состояния в хаотическое или, другими словами, из состояния невозможности игры в состояние игры. Старая структура не может быть прямо трансформирована в новую: между ними всегда существует стадия хаоса. Эту стадию обеспечивает перенос. Отсутствие напряжения, релаксация в атмосфере «первичной субстанции» способствует бессвязности и бесформенности происходящего – условиям, в которых при поддержке терапевта может начаться обретение субъектом нового опыта. Совокупность переживаний релаксации и игры Винникотт рассматривал как базу формирования чувства Я: последнее «строится на основе хаотичного состояния, которое... сам индивид не может ни увидеть, ни запомнить, и которое не теряется, только лишь будучи опознанным и отраженным Другим» (Винникотт, 2002, с. 111). Игра становится процессом, позволяющим пациенту безопасно реактивировать и выразить в переносе Я-объектные потребности, а терапевту – распознать и отзеркалить его переживание.

Третью задачу ставит перед аналитиком тот факт, что хаотическое состояние, или состояние безопасной перенос-контрпереносной игры, необходимое для реализации личностного потенциала, может быть достигнуто при условии, что сам терапевт все же не тождествен прежнему психосоматогенному объекту. Иначе говоря, задача эта состоит в следовании принципу, предложенному Мастерсоном: действовать с пациентом способом, прямо противоположным тому, каким действовала его

мать. Психосоматогенный объект ограничивает свободу игры. Фаза негативизма на стадии хаоса неизбежна, и в это время ведущую роль начинает играть понимание терапевтом комплементарного контрпереноса как продукта интернализации патогенных аспектов родительского поведения и конкордантного – как продукта идентификации со страдающим ребенком в пациенте. Поддерживая и развивая коммуникацию, он предлагает себя последнему в качестве нового объекта отношений, реагирующего на выражение эмоциональных потребностей, не ограничивающего поддержку лишь регламентом и помогающего не только выразить, но и артикулировать аффект.

Алекситимия является в этом процессе фактором, воздвигающим на его пути хотя и весьма серьезное, но, как показывает опыт, не всегда неодолимое препятствие. Вопрос о возможности продуктивной работы с психосоматической личностью – вопрос, который, по-видимому, следует решать всякий раз индивидуально (и здесь я вновь вспоминаю слова моего аналитика о трудных, очень трудных и безнадежных пациентах). Он может вставать перед терапевтом с предельной остротой уже на самых ранних стадиях диалога с человеком, который на вопросы о том, что он чувствует, отвечает, что он думает («Что вы испытали, когда жена впервые сообщила о желании развестись?» – «Я решил, что это просто манипуляция с ее стороны»), или ощущает («У меня появилось сильное давление в области сердца»); не выражает иных аффектов, кроме гнева, зачастую отрицаемого – при том, что интеллектуально он готов допустить, что некоторые элементы его поведения могут выражать враждебность. Один из принципов, структурирующих работу с таким пациентом, состоит в последовательном обучении его языку чувств – начиная с их наиболее примитивной дифференциации («Наверное, это можно назвать обидой») и затем переходя к артикуляции нюансов и оттенков («Это похоже на чувство ребенка, которому обещали подарить живого щенка, а подарили плюшевую игрушку»). Еще раз повторю, что обязательным условием для успеха такого обучения является отсутствие алекситимии у самого аналитика, то есть ему необходимо обладать развитой способностью переживать и эмпатийно улавливать переживания собеседника, обозначать их словами и облекать в образы фантазий.

Данный компонент психоаналитического процесса имеет огромное значение на всем его протяжении; его введение в диалог целесообразно уже на стадии первичного консультирования, прежде всего как помощь пациенту в выражении негативных эмоций и критического отношения к терапии и терапевту. Психосоматическая личность во многих случаях не способна сделать это самостоятельно, и аналитик может облегчить ей за-

дачу, например, фразой: «То, что вы услышали от меня по поводу возможной длительности нашей работы, вряд ли вызывает у вас удовольствие; но вы ничего не говорите об этом». На подобную реплику пациент может отреагировать неосознаваемым протестом; если терапевту удастся продемонстрировать ему это, он инициирует освобождение Я от власти автоматической изоляции и отрицания. Разумеется, таков лишь первый шаг.

Еще в 1963 году авторы понятия «операторного мышления» – Марти и М'Юзан, – говоря о трудностях, создаваемых данным ментальным стилем, писали тем не менее, что работа с ним возможна; что, хотя он вызван адаптивными потребностями и не может быть легко видоизменен, в нем обнаруживаются глубокие отношения с любимыми объектами и с аналитиком. В терапии пациента с операторным мышлением исследование должно затрагивать в первую очередь качество бессознательных фантазий. Если анализу удастся восстановить наиболее развитые из них, обладающие аудиовизуальной формой, они могут вновь найти потерянную дорогу в сознание. Эта работа открывает каналы для появления психических представлений, каким бы качеством они ни обладали; задачей аналитика становится постоянная поддержка работы фантазии, не зависящая от ее значения, и аналитическое молчание в подобной ситуации обретает особый смысл. Марти и М'Юзан замечают при этом, что наиболее архаические фантазии обычно ведут к терапевтическим конфронтациям, при которых вербализация оказывается надолго оторванной от реального плана отношений (Марти, М'Юзан, 2000).

Задача реактивации регрессивных инфантильных желаний и фантазий во многих случаях может быть более эффективно решена при помощи кушетки, хотя вопрос о целесообразности использования этого средства в работе с психосоматической личностью должен в каждом конкретном случае ставиться заново. Нельзя забывать, что, согласно наблюдению врачей парижской психосоматической школы, многие из этих пациентов в ситуации относительной сенсорной изоляции испытывают ухудшение состояния. Однако, с другой стороны, такая изоляция позволяет проявиться личному существованию в форме угрожающих атак внутреннего «плохого» объекта и пережить тревогу и агрессию, сделав их более доступными исследованию. В любом случае предложение перейти к работе с применением кушетки не должно носить императивного характера: я полагаю, что данный тезис справедлив для работы с любым пациентом, однако в анализе психосоматического субъекта он обретает особую актуальность. В своей практике я обыкновенно (если нет оснований предполагать возможность психотической декомпенсации пациента) вкратце объясняю собеседнику преимущества анализа на кушетке («воз-

можно, вы сумеете глубже заглянуть в себя») и обязательно предупреждаю о его вероятных трудностях («человеку непривычно не видеть того, с кем он говорит»), после чего сообщаю: «Если вы захотите попробовать лечь, вы можете сделать это в любой момент». Разумеется, точно так же за пациентом сохраняется право вернуться к диалогу лицом к лицу.

Бройтигам с соавторами замечают, что в терапевтической беседе наиболее важны моменты, в которые пациент неожиданно умолкает, словно наткнувшись на внутреннюю преграду. Возникающие паузы представляют собой своего рода «ворота» для прорыва вытесненных воспоминаний и фантазий, и терапевту не следует стремиться немедленно «закрыть» их вопросом или комментарием. Однако те же авторы пишут, что молчание ни в коем случае не должно использоваться в работе с психосоматическим субъектом в качестве ведущего терапевтического приема (Бройтигам, Кристиан, Рад, 1999). Со своей стороны я мог бы прокомментировать данный тезис следующим образом. Я полагаю, что любая активность аналитика – исследовательская, интерпретативная, поддерживающая, – должна зависеть от того, насколько она востребована пациентом в данный момент. Иными словами, аналитику, не желающему причинить вред своему пациенту, лучше всего *не делать ничего, о чем его не просят*; и эта рекомендация прямо касается и тех ситуаций, в которых пациент *не просит каких-либо слов*. Конечно, речь здесь идет не о вербально выражаемых просьбах, но о способности аналитика уловить и понять потребность в слове или в молчании, которую испытывает его собеседник. Именно такая позиция является залогом сохранения Я-объектной связи и предотвращения ее провалов. Как справедливо формулируют Любан-Плоцца с соавторами, врачебный разговор состоит из обращенной друг к другу речи, взаимного выслушивания и совместного молчания (Любан-Плоцца, Пельдингер, Креггер, 1996). В работе с любым пациентом на определенной стадии возникают эпизоды, в течение которых он нуждается не в «подталкивающей активности» терапевта, а в возможности помолчать вдвоем.

Данную тему – тему молчания – я хотел бы развить здесь более широко, поскольку она представляется мне особо актуальной, когда мы говорим о восстановлении утерянных связей между внешней и внутренней реальностью. Большинство затрагивавших ее когда-либо исследователей в основном уделяло внимание аналитическому молчанию как инструменту, способствующему развитию переноса и ассимиляции нового знания, либо дихотомии тишины и речи, преобразуемой в полярность пассивности и интерпретации. В гораздо меньшей степени изучено пространство обоюдного молчания как средства невербальной коммуни-

кации и объединяющего переживания – излечения догенитальной любовью в традиции Ференци. Мы привыкли рассматривать речь пациента как основной источник информации (признаемся себе в этом – несмотря на накопленный объем знаний о важности невербального взаимодействия); молчание может восприниматься терапевтом и пациентом как неинформативное. Однако оно является таковым лишь на первый взгляд. Нахт описывал его как особую разновидность объединяющего переживания, состояние слияния и растворения в Другом, характерное для самых ранних взаимодействий матери и младенца (Nacht, 1964). Смысл молчания иногда начинает ощущаться предельно остро, а заключенные в нем чувства – восприниматься более ясно, чем если бы о них говорилось вслух. Люди, находящиеся друг рядом с другом, могут подолгу молчать, выражая тоску перед расставанием, счастье от встречи, горе – при получении трагического известия. Слова в этих ситуациях могут немного, и тогда приходит понимание того, что вербально доносимая информация искажена словом. Если мы признаем психоаналитический процесс терапией посредством коммуникации, нам не стоит забывать, что молчание – такой же компонент последней, как речь.

Мой практический опыт позволяет утверждать, что содержание молчания может быть услышано так же, как содержание речи, а в некоторых случаях и отчетливее. Я не знаю, как это происходит, но это происходит. Молчание имеет множество аффективных оттенков и смыслов. Оно бывает тревожное, агрессивное, одеревенелое – когда пациент зажимает в себе нечто, – расслабленное, усталое, комфортное. Молчащий человек может быть обессиленным, спящим, мертвым, спрятавшимся от опасности, затаившимся в засаде и т. д. Все это – реактивации когда-то имевших место в его личной истории эмоционально-телесных состояний. Возможно, некая информация передается и воспринимается через ритм дыхания собеседника, через его позу и иные невербальные проявления. Огромную роль здесь играют, на мой взгляд, эмпатийные способности и интуиция аналитика. Если подобная связь установлена, молчание делается экраном для проецирования его фантазий, которые в условиях частичного и временного растворения границ двух Я, слияния Я и объекта, представляют отчасти продукт психической реальности пациента. Нередко это становится первым «окном» в его внутренний мир (Рождественский, 2004).

Другим аспектом того, что происходит в молчании – помимо коммуникативного, – является аспект диалога пациента с самим собой. В повседневной жизни он ориентирован преимущественно или всецело на окружающую реальность, с которой его связывают вторичные пси-

хические процессы. Его речь строится с помощью разума и обеспечивает ему подавляющее большинство этих связей. При этом, как я уже заметил, речь всегда искажает происходящее; недаром сказано, что слово изреченное есть ложь. Пациент говорит, что испытал страх в той или иной ситуации, и этим не сообщает ничего, так как аналитик воспринимает слово через призму собственного эмоционально-телесного опыта и состояния, ассоциирующегося для него с понятием «страх». Пациент рассказывает о чем-то взвзвешивая, перескакивая с темы на тему, и аналитик вдруг чувствует предельно ясно, что он изо всех сил держится за словесный взаимообмен с реальным собеседником, чтобы не остаться наедине с собой, со своим внутренним миром. Молчащий субъект приближен к себе – внутреннему. Молчание можно уподобить сну, разговор – пробуждению. Сон может быть кошмарным, но анализ не должен обходить кошмары стороны.

Здесь мы вплотную подходим к проблеме, которая нередко возникает в данной связи именно в работе с психосоматической личностью; по крайней мере, в моей практике она проявлялась неоднократно. Выше я упоминал о существовании пациентов, для которых молчание невыносимо; теперь речь пойдет о молчании, невыносимом для *обеих* сторон. Эта ситуация относительно редка, однако почти все опрошенные мною коллеги оказались с нею знакомы, и не исключено, кроме того, что во многих случаях она остается нераспознанной, поскольку терапевты обыкновенно не склонны допускать ее развития и при первых признаках ее появления стараются вмешаться в процесс. Возможно, именно она столь часто порождает рекомендации, предписывающие не допускать в разговоре с психосоматиком долгих пауз; возможно также, что многое при этом остается «за кадром» анализа. В терапевтическом диалоге она возникает как напряженная тишина, в течение которой оба собеседника ищут способ ее прервать: они объединены болью пространства, не заполненного речью как вербальным выражением присутствия. Данная проблема не особо популярна в качестве предмета коллегиальных обсуждений, поскольку для аналитика она, по-видимому, связана с переживанием бессилия и некомпетентности; кроме того, существуют апробированные пути выхода из нее – например, интерпретация или вопрос. Однако постепенно приходит понимание того, что любой такой выход в действительности оказывается бегством, так как в перспективе ситуации ощущается невербализуемый хаос, грань кошмара. То, что происходит в такие минуты, может быть представлено как столкновение двух беззвучных монологов, в котором один повторяет: «Скажите же что-то. Скажите. Скажите!» – а другой: «Что? Что сказать?» – при этом

оба не слышат друг друга. Иногда потребность в реальном присутствии Другого – как пациента, так и аналитика, подвластного атакам проективных идентификаций – именно так дает о себе знать.

Универсален ли язык «классического» психоанализа? Мы имеем дело с феноменом, который, безусловно, может быть описан в терминах «сопротивления» и «переноса», но не замаскирует ли такой подход его глубинную суть? Можно, например, сказать, что аналитик делается тревожен либо одержим фантазиями спасения или преследования, но это утверждение не дает ответа на ряд вопросов, в частности – почему подобное происходит с ним в молчании именно здесь и сейчас. Ничто из рождающегося в диалоге не может быть рассмотрено как сугубо интрапсихическое без существенных искажений смысла. В соответствии с обозначенным выше тезисом Нахта следует вновь подчеркнуть, что переживание, о котором идет речь, принадлежит полю интересубъективности, то есть двое становятся в нем единым целым. В противном случае нам пришлось бы говорить о разрыве аффективной связи в диаде, в то время как происходит обратное: слияние в объединяющей тревоге и усиление потребности из этого слияния вырваться – что достигается с помощью произнесенного вслух.

Мои дальнейшие мысли о сути и природе данного явления есть лишь попытка выразить с привлечением языка то, что, вероятно, в значительной мере лежит за пределом его возможностей. Прежде всего следует заметить, что один из оттенков возникающего в этой ситуации чувства может быть передан как острое переживание угрозы потери себя – потери, парадоксальным образом связанной с реальностью Другого. Одновременно в подобном взаимодействии устойчиво присутствует фантазия или ощущение, что в нем непостижимым образом пропадают проективно-интродективные коммуникации и вообще какой бы то ни было обмен содержаниями: в этом смысле оно в точности соответствует описанной Фэном «аллергической связи», в которой возрождается состояние наиболее примитивной недифференцированности Я и объекта. Если рассмотреть его в аспекте симметричности взаимодействия (данная тема освещалась мной в ряде предшествующих публикаций, например, (Рождественский, 2007б)), можно предположить, что оно соответствует диалогу на «стадии двойника», то есть узнавания себя в отражении – с той разницей, что человек закрывает глаза перед зеркалом. Для описания данного состояния субъекта может быть, наверное, использован термин «коллапс» в том значении, в каком он применяется в астрофизике: происходит «сжатие» психических содержаний такой интенсивности, что ни одно из них не может вырваться за границы «поля

тяготения» и быть передано вовне. Ужас, ощущаемый «за кулисами» происходящего – это ужас своего рода взрыва, в котором оба субъекта прекращают существование, становясь диффузным облаком примитивных частиц ментальных содержаний – наиболее архаичных предтеч Я и объекта. Описанные выше попытки нейтрализовать энергию взрыва с помощью интерпретаций или вопросов есть на самом деле не что иное, как попытки *быть*.

Моя гипотеза может показаться фантастичной, поскольку она основана всего лишь на интроспективном опыте чувствования ранней сцены: я предполагаю, что в подобных случаях мы имеем дело с регрессивной активизацией особого рода коммуникаций в первичной диаде, в которых мать под давлением тревоги переживала себя по отношению к младенцу (и соответственно ощущала его) как бесконечное множество (облако) частичных объектов. Это состояние может быть отчасти прояснено отдаленной аналогией: музейный реставратор видит картину как совокупность бесконечного множества деталей. Ему недостает возможности отступить от произведения искусства на несколько шагов, чтобы воспринять его как таковое. Говоря языком Винникотта, субъект не предваряет переживания «я делаю» переживанием «я существую». Как следствие, мать теряла способность *быть рядом с ребенком*, заменяя ее усилиями *быть для ребенка* и тем лишая его возможности *просто быть*; два субъекта утрачивали себя друг в друге как два взаимопроникающих диффузных скопления. В частичных аспектах этого взаимодействия функция субъекта (объекта) подменяла его целостность или отщеплялась от нее; вопрос «кто я?» трансформировался в вопрос «для чего я?». Моя пациентка, страдавшая астмой, рассказывала, как она, привыкшая в первые месяцы после родов просыпаться от плача ребенка, однажды испытала панический страх, проснувшись в тишине, то есть в невыносимом молчании: «я ни для чего» означало для нее в тот момент «меня нет».

Этот аспект ранних коммуникаций предположительно активизируется в диалоге. По не вполне ясным причинам приходит момент, когда и пациент, и терапевт теряют ощущение «я есть» и превращаются в напряженную функцию, способную существовать исключительно в реализации, например, в произнесении слов. Реализация переживается ими как спасение от катастрофы. Рекомендации, которые по данному поводу терапевты слышат от коллег и супервизоров, обыкновенно сводятся к способам ухода от напряжения – вопросу, интерпретации, обсуждению, то есть к словам. Однако не уйти от чувства, что слово становится в такой ситуации защитным средством, позволяющим обойти нечто важное. Невербальный диалог принадлежит области молчания; слова

скрывают его содержание. Когда молчание невыносимо, они утрачивают смысловую нагрузку и не выполняют никаких функций, кроме функции разъединения двоих, теряющих границы. Что оказывается фактором, активизирующим ситуацию невыносимой тишины? Какие процессы транслируют напряжение? Как обращаться с ним, чтобы достичь его истоков? Вопросов здесь больше, чем ответов (Рождественский, 2007а).

Как известно, часто в качестве одного из критериев приближения аналитического процесса к успешному завершению рассматривается достижение пациентом способности по-настоящему свободно ассоциировать (говорить обо всем), хотя вопрос о том, как выглядят действительно свободные ассоциации, до сих пор остается дискуссионным. Со своей стороны я замечу, что, на мой взгляд, неотъемлемым аспектом подлинной свободы пациента в ситуации анализа является его способность комфортно молчать в присутствии собеседника. Уже упоминалось, в частности, что Винникотт рассматривал в качестве важной характеристики зрелой личности возможность нетравматичного переживания одиночества: именно эмоциональное содержание молчания во многих случаях позволяет судить, достигнута ли она. Ассоциации не достигнут степени подлинной свободы до тех пор, пока пациент испытывает тревогу во время возникающих пауз («Ну вот, кажется, все сказал. Может быть, вы теперь о чем-то меня спросите?»). Коммуникация складывается из компонентов речи и тишины, и она не может быть свободной лишь в первом из них, оставаясь в то же время стесненной во втором. Процесс обретения такой способности я и обозначаю как превращение одиночества в уединение.

Когда в кабинете наступает тишина, я стараюсь не делать ничего: не думаю о чем-то целенаправленно и даже не пытаюсь сразу ответить себе на вопрос, почему пациент замолчал. Я лишь слушаю тишину и собственные ощущения, которые она во мне рождает; если через некоторое время мне начинает казаться, что я могу интерпретировать происходящее и что собеседник нуждается в моей интерпретации, я делаю это, например, репликой: «Кажется, мы сейчас отделились друг от друга», или: «В этом молчании есть какое-то напряжение, как при опасности». После таких слов нередко появляется шанс приблизить исследование к прошлым аффективным состояниям, которые реактивируются «здесь и сейчас».

Я далек от мысли, что в рамках данной главы мне удалось описать большинство ситуаций, возникающих в работе с психосоматической личностью, и средств, имеющихся в распоряжении терапевта для их решения. Каждый пациент индивидуален, каждый клинический случай неповторим и подчинен эксклюзивному и непредсказуемому сценарию; я лишь попытался обозначить то общее, что можно назвать фоном – фо-

ном, на котором обыкновенно разворачивается терапия «homo somaticus». В заключение добавлю то, что я всегда говорю и своим слушателям, и психотерапевтам, обращающимся ко мне за супервизиями, и самому себе – чтобы не забывать. Ценность существующих теорий, в том числе теории психоаналитической техники, неоспорима. Однако ни один из пациентов, обращающихся к нам за помощью впервые, ни одной теорией не описан. Любые шаги, направленные на то, чтобы втиснуть его личность и проблематику в рамки известного, оправданы только до некоего предела, за которым эти рамки превращаются в прокрустово ложе. *Для каждого человека нам следует создавать индивидуальную теорию личности и индивидуальную методологию терапии, и это – главная сложность и главное достоинство работы, которую мы ведем.*

4.3. Результаты

О благоприятных результатах работы с психосоматическим субъектом обобщенно можно сказать не так уж много. Прежде всего следует еще раз подчеркнуть, что терапия таких пациентов весьма непроста, и позитивные достижения в ней ни в коем случае не гарантированы. Она может расцениваться как вполне успешная, если человек достигает в ходе ее уровня диалога с самим собой, понимания собственных переживаний; если со временем повышается его интерес к собственному внутреннему миру. Не существует неких универсальных средств, позволяющих установить связь между сознательным и бессознательным содержанием, и мы не можем объяснить, почему в одних случаях такая коммуникация возникает, а в других – нет, несмотря на все наши технические и методологические ухищрения. Однако если этого удастся достичь и если мы работаем с «психосоматической личностью» как таковой, а не с болезнью, носителем которой она является, нас ждет существенная награда – радость, испытываемая оттого, что человек, эмоционально, казалось бы, омертвевший в каких-то аспектах, возрождается к активной психической жизни. Если он является носителем телесной патологии, у него параллельно в одних ситуациях снижается возможность хронифицирования болезненных процессов, в других – обострения делаются менее интенсивными, а ремиссии более длительными. В редких случаях болезнь может отступить совсем: так, я на протяжении пяти лет работал с пациенткой, страдавшей нейродермитом, однако обратившейся ко мне изначально с вопросами исключительно психического свойства. Я до сих пор не вполне понимаю, как случилось, что за время этой терапии ее соматическая проблема исчезла – проблема, которую до обращения ко мне она безуспешно пыталась разрешить с помощью врачей около пятнадцати лет.

Еще в предисловии к данной работе я упоминал, что «человек психический» и «человек соматический» определенным образом сбалансированы, по-видимому, в каждом субъекте, и именно этот баланс – между привязанностью к реальности внутренней и ко внешней – позволяет ему, с одной стороны, жить активной психической жизнью, с другой – не терять связей с реальным миром. Другими словами, соматические реакции человеку необходимы для нормальной адаптации: если, например, в некоторых ситуациях он не окажется способен подменить переживание гнева повышением кровяного давления, ему будет сложно выйти без потерь из конфликта с начальством, чиновником-бюрократом, сотрудником ГИБДД. Поэтому, говоря об успехах психоаналитической терапии, мы ведем речь о достижении баланса между психическим и телесным, но ни в коем случае не о полном переводе «языка тела» на «язык психики». Он не только невозможен, но и не нужен. Как показывает практика, даже будучи осуществлен лишь отчасти, такой перевод не всегда проходит безболезненно, и об этом следует сказать несколько слов.

Если терапевту, работающему с психосоматическим пациентом, удастся достичь главной цели – десоматизации аффекта, конфликта или травмы, – может произойти замена телесного синдрома психическим. Тогда терапия переходит в фазу, на которой проблема станет решаться более привычными, традиционными психоаналитическими средствами. Для меня, как, вероятно, и для читателя, очевидна неоднозначность такого «успеха»: едва ли найдется много людей, которые по доброй воле согласятся расстаться с привычным колитом или артритом, чтобы взамен стать «сумасшедшим». Поэтому следует иметь в виду, что даже полное избавление от соматического страдания не означает, что вопрос закрыт: как писал Александер, «один и тот же пациент может быть излечен с точки зрения врача и оставаться больным с точки зрения психиатра» (Александер, 2000, с. 241). Вновь замечу, что именно в связи с данным обстоятельством иногда имеет смысл еще в процессе предварительного консультирования предупредить пациента о возможности психической разбалансировки. Нередки случаи, когда психосоматический субъект прерывает терапию, ощутив, что «в голове стало происходить что-то не то»: его пугают перемены в душевном состоянии, которые для психотерапевта являются показателем прогресса. Объективно они означают лишь то, что его психический аппарат стал функционировать активнее, нежели прежде. Хорошо это или плохо? Не лучше ли для человека спокойно болеть телом, иногда посещая врачей, и оставаться при этом в омертвевшем, безэмоциональном и незыблемом душевном покое, лишь слегка отягощенном депрессией или тревогой? На этот вопрос каждый должен

ответить самостоятельно – и ответить с учетом того неоспоримого факта, что, нарушая психическое равновесие субъекта, психотерапия вместе с тем обогащает его душевную жизнь.

Разрыв между цивилизацией и культурой, о котором шла речь в главе 7, затронул в XX столетии и систему здравоохранения: как и общество в целом, она обрела узнаваемые черты «психосоматогенной матери». Современный пациент вправе рассчитывать на услуги новейшего лечебного оборудования и последних достижений фармакологии, но он редко может претендовать на эмпатию и подлинное внимание со стороны врача. Я сказал бы, что в определенном смысле психотерапия остается до сих пор островком культуры в океане цивилизованной медицины. Психотерапевт, работающий с психосоматической личностью, имеет дело с душой, рожденной в цивилизации – душой, не подкрепленной (говоря языком Винникотта) опытом иллюзий. Поэтому и роль обретения такого опыта в процессе терапии трудно переоценить. Главную роль в его формировании играет – здесь я повторюсь еще раз – Я-объектный перенос, принадлежащий переходной области между бессознательными магическими фантазиями («терапевт – это моя мать») и реальностью («терапевт – это всего лишь терапевт») и позволяющий принять мир таким, каков он есть, принять его реальность и бесконечное многообразие, не испытывая при этом болезненной зависимости от него.

5. ОГРАНИЧЕНИЯ И АЛЬТЕРНАТИВЫ

Следует добавить несколько слов о проблемах ограничений психоаналитического подхода – проблемах, актуальных в первую очередь при работе не с психосоматической личностью, как мы договорились ее понимать, но с личностью, страдающей реальным органическим заболеванием. Несмотря на все преимущества психоаналитического метода и даже на то, что психоанализ считается однозначно показанным при психосоматических расстройствах, есть случаи, в которых он оказывается бессилем, и есть границы его достижений, которые невозможно расширить. В первую очередь данный тезис касается мотивации и сопротивления.

В первой главе книги я затрагивал тему границ возможностей психоанализа как предела, до которого реален перевод языка тела на язык слов, и о способности аналитика этот предел уловить как о показателе его профессионализма. Эта тема уже сама по себе, как мне кажется, должна сдерживать нарциссическое переживание всемогущества того, кто берется за работу с психосоматическим больным. Однако нередко и сами больные наносят нарциссизму терапевта серьезный урон своим поведением и отношением к происходящему в кабинете. Пациенты, страдающие бронхиальной астмой, нередко настолько страшатся эмоциональной близости и зависимости, что прерывают терапию, используя в качестве повода малейшее ухудшение своего состояния: работа с ними бывает эффективна, как правило, лишь в тех случаях, когда наряду с соматической проблематикой присутствуют фобические или депрессивные симптомы, укрепляющие сознательную мотивацию. Гипертоники обыкновенно оказывают сильное сопротивление признанию психологических истоков своей болезни: если они и обращаются за помощью к психотерапевту, то чаще всего под давлением со стороны лечащего врача, и постепенно прекращают работу, сперва «забывая» о назначенных сессиях и затем просто

«махнув на все рукой». Кардиофобические пациенты быстро разочаровываются в аналитике оттого, что он остается «глух» к их просьбам о новых и новых соматических обследованиях, или, наоборот, настолько привязываются к нему в поисках заботы и поддержки, что потенциально «конечный» анализ превращается в «бесконечный». Больные анорексией, от лечения которых, как известно, отказывался Фрейд, как правило, вообще не признают себя больными: во многих случаях они расстаются с терапевтом, как только начинают понимать, что тот видит проблемы их тела иначе, нежели они сами. Этот перечень может быть продолжен.

Другая проблема состоит в том, что, как неоднократно отмечалось выше, болезнь, от которой субъект вроде бы сознательно желает избавиться, тем не менее является для него защитой от чего-то неизмеримо более опасного, своего рода «линией Маннергейма». Так, еще Александер замечал, что задача устранения базисных конфликтов, стоящая перед психоаналитиком в работе с психосоматическим пациентом, не всегда является осуществимой. Органический симптом чрезвычайно важен для такого больного, так как он спасает его от развития гораздо более тяжелой психопатологической симптоматики; истощая чуждые Я бессознательные тенденции, он используется вторичным образом для выражения этих тенденций. Поэтому необходимо каждый раз адекватно оценивать, целесообразно ли обременять пациента исследованием его глубинных содержаний. В частности, во многих случаях серьезных телесных расстройств более предпочтительной оказывается не глубинная, а поддерживающая терапия: она помогает ослабить симптомы, тогда как психоанализ, вскрывающий вытесненное, может привести к осложнению заболевания или спровоцировать психотический эпизод (Александер, 2000). Также Бройтигам с соавторами рекомендуют поддерживающие техники для пациентов с тяжелыми соматическими болезнями, особенно для пребывающих в глубокой социальной изоляции; кроме того – для лиц, страдающих наряду с психосоматозами личностными расстройствами, для пациентов со слабым Я, для склонных к опасной ажитации и наркозависимых. С точки зрения этих авторов, глубинный подход оправдывает себя только при острых и хронических соматических патологиях, для которых может быть установлена связь симптома с конфликтом либо с профессиональными, семейными и другими жизненными ситуациями и трудностями. Благоприятными факторами при этом являются относительно развитое и интегрированное Я, толерантность к психологическим нагрузкам, интеллектуальная дифференцировка, способность к рефлексии, социальная обеспеченность и стабильная жизненная ситуация (Бройтигам, Кристиан, Рад, 1999).

К данному мнению присоединяется Марти, подчеркивающий, что пациенты с длительными соматическими нарушениями, обусловленными изначальной слабостью психической организации или серьезной дезорганизацией психического аппарата, не попадают в категорию лиц, которым показан психоанализ. Марти добавляет также, что пациенты с прогрессирующими болезнями, психологическое функционирование которых слишком отличается от невротического, по крайней мере не должны браться в терапию аналитиками без медицинской (психосоматической) подготовки. Психоаналитики, не являющиеся специалистами в области психосоматики, могут работать с пациентами, страдающими обратимыми и непрогрессирующими заболеваниями и более близкими к невротикам – при условии, что они способны определенным образом модифицировать аналитическую технику, например, дозируя степень фрустраций (Марти, 2005).

Хорошие результаты при лечении психосоматических расстройств нередко дает групповая психоаналитическая терапия. Группа воспринимается участниками процесса как мать симбиотической стадии развития младенца и создает наглядную модель раннего симбиотического пространства (по определению Шпица – «мира первобытной пещеры»). В ней становится возможна регрессия вплоть до стирания границ между Я и объектом. Кроме того, группа в некоторых аспектах аналогична социуму, ведущему себя по отношению к пациенту как «психосоматогенная мать»: она представляет собой по сути жесткое архаичное Сверх-Я, от нападений которого Я защищается с помощью симптома. Поэтому в ее рамках иногда можно наблюдать динамику психосоматического процесса. Реализация «принципа зеркала» в группе подразумевает одновременное существование множества «зеркал», отражающих каждого ее члена в разных аспектах; прояснение собственных конфликтов делается возможным через их отражение в поведении других участников. Переживание пациентом видения и описания себя другими позволяет ему контролировать реальность и усиливает функции его Я. В этом пространстве может быть исследована позиция пациента в отношениях, стереотипы его реагирования на различные стимулы и факторы, вызывающие у него соматический отклик. Кроме того, группа предоставляет возможность расщепления переноса, что ослабляет страх пациента перед близкими и интимными отношениями. Такое расщепление в групповой «материнской» среде нередко становится необходимым условием, при котором ему может быть открыт доступ к переживанию инфантильных конфликтов. Добавим, что психотерапевтическая группа обладает идентичностью, выступающей как образец для идентичности Я пациента и способствующей ее развитию и укреплению.

В некоторых случаях более предпочтительной, чем индивидуальная и групповая психоаналитическая терапия, может оказаться терапия семейная: она дает наилучшие результаты, как правило, при тесной связи и взаимозависимости членов ближайшего окружения больного. Нередко прямым показанием к этому способу помощи и поддержки становится недостаточная мотивация самого носителя телесного симптома. В любом случае данная методика снижает риск нежелательных побочных следствий терапии: надо помнить, что страдание пациента представляет важную деталь его семейных и вообще межличностных отношений. Для того, чтобы эффект лечения не отразился на жизненной ситуации больного негативным образом, часто бывает желательно, чтобы терапевтическое влияние охватывало последнюю по возможности более широко – хотя бы в масштабах семьи.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Вопросительный знак –
это состарившийся восклицательный.

Станислав Ежи Лец

Когда я перечитал написанное, для меня стали предельно очевидны три вещи. Во-первых, фактически ни на один из вопросов, касающихся homo somaticus, я не смог дать четкого и однозначного ответа. Во-вторых, многие мои замечания и рассуждения взаимно противоречивы или, по крайней мере, выглядят таковыми. В-третьих, меня даже удивило, сколько материала осталось «за кадром» данного текста – по причине моей забывчивости или по каким-то загадочным соображениям, воспроизвести которые я уже не берусь. И все же после недолгого размышления я решил оставить книгу такой, какой она получилась. Вопросы так или иначе остаются открытыми, а любой окончательный ответ преграждает путь дальнейшему исследованию; противоречия отражают действительность, состоящую в том, что самому автору многое неясно в проблеме, которую он попытался осветить. Что касается возможности дополнять текст расширением и прояснением тех или иных тезисов либо фрагментами клинических случаев, скажу только, что она практически бесконечна, и рано или поздно необходимо остановиться. Добавлю еще лишь несколько слов.

Как известно, Фрейд до определенного этапа развития психоанализа рассматривал свой метод как лишь временный способ коррекции психических процессов и расстройств, предполагая, что в будущем эту функцию возьмет на себя биология при поддержке фармакологических препаратов. Сегодня очевидно, на мой взгляд, что создатель новой «психологической антропологии» в каких-то аспектах сам недооценивал предложенный им метод: двадцатый век убедительно продемонстрировал, что лекарств от душевных проблем не существует, или что таковые

являются по сути не более чем «смирительной рубашкой» для психического страдания. Как отнестись к аналогичным лекарствам от страдания, в которое вместо души вовлечено тело? Я процитирую в этой связи Франца Александера: «Можно поставить вопрос: не следует ли считать психосоматический подход временным средством, от которого откажутся, как только усовершенствованная электроэнцефалография и другие физиологические методы позволят изучать мозговые процессы, которые в настоящее время поддаются исследованию лишь психологическими методами? Хотя на него нельзя дать определенный ответ, представляется вероятным, что мозговые процессы, связанные с межличностными отношениями, могут быть адекватно описаны лишь на языке психологии и социологии» (Александр, 2000, с. 54).

Принципиальное отличие психоанализа от психосоматической медицины в работе с психосоматической личностью состоит, на мой взгляд, в том, что *анализ позволяет реально влиять на тело, не прибегая к прямым вмешательствам в него, например, в виде курса фармакологического лечения или постановки соматического диагноза*. Он осуществляет по отношению к телу пациента те же функции, что в случае терапии личности обычного, не психосоматического профиля выполняются в отношении всей ее жизненной ситуации: психоанализ не вмешивается в личную жизнь субъекта, но лишь предоставляет ему право выбора. В конечном счете только сам пациент волен определять меру своего страдания и мотивацию к избавлению от такового – в полном соответствии с интегративными моделями, обретшими популярность к концу прошлого столетия. Анализ не заставляет личность болеть, обозначая диагноз, как это делал Шарко с истерическими пациентками в клинике Сальпетриер (еще Блейлер писал, что врачи называют некие факты медицинскими терминами и не замечают, сколь часто вкладывают при этом в них вредные и неверные утверждения), и не заставляет ее выздоравливать: он позволяет лишь выбрать между здоровьем и болезнью, не навязывая оценочных суждений. Другими словами, он ориентирован не на лечение, а на поддержание психосоматического баланса или равновесия, то есть, по сути, подлинного здоровья. Можно сказать, что в некотором смысле этот принцип психоанализа является продолжением традиций древней восточной медицины, согласно которым врачу платили, пока пациент был здоров, и прекращали платить, когда он заболел.

С другой стороны, психосоматическая медицина обогащает психоанализ, позволяя привлечь внимание исследователей к множеству все новых важных аспектов взаимосвязи душевного и телесного. Марти

называет в их числе, например, обновляющееся понимание роли фиксации и регрессий в развитии и в повседневной жизни, прогрессирующие психосоматические дезорганизации, многообразие процессов соматизации; в связи с этим неизбежным оказывается прогресс и модификации психоаналитических техник, рождение новых психоаналитических классификаций, которые будут значительно отличаться от классификаций психосоматических, и т. д. (Марти, 2005).

В конце концов, если медицина существует уже тысячелетия, то психоанализу немногим больше века. Около трехсот лет назад один французский естествоиспытатель, взойдя на Монблан, нашел на трехкилометровой высоте окаменевшую морскую раковину. Сделанный этим ученым вывод был безупречен для науки того периода: пять миллионов лет назад уровень моря располагался на три тысячи метров выше современного. Лишь спустя еще почти два столетия в геологии появилось понятие орогенеза (горообразования) и знание того, что некогда на месте нынешних горных систем существовали морские котловины. Я полагаю поэтому, что мы стоим лишь на первых ступенях той лестницы, которая ведет к настоящему пониманию (как в чисто научном, так и в экзистенциальном смысле) единства души и тела; возможно, уже через сто или двести лет наше сегодняшнее видение проблем «человека соматического» будет выглядеть так же, как сейчас выглядят для нас представления Гиппократа об истерии как «блуждающей матке». Разговор психоанализа с медициной только начинается.

ЛИТЕРАТУРА

Обо всем уже успели написать. Но,
к счастью, кое о чем не успели подумать.

Станислав Ежи Лец

- Александр, 2000 – *Ф. Александр*. Психосоматическая медицина. Принципы и применение. М.: ГЕРРУС, 2000. 296 с.
- Аммон, 2000 – *Г. Аммон*. Психосоматическая терапия. СПб.: Речь, 2000. 238 с.
- Арру-Ревиди, 2006 – *Ж. Арру-Ревиди*. Истерия. М.: Астрель: АСТ, 2006. 159 с.
- Байон, 2000 – *У. Р. Байон*. Нападения на связи. – Антология современного психоанализа. Т.1. М.: Институт психологии РАН, 2000. С. 261 – 272.
- Балинт, 2002 – *М. Балинт*. Базисный дефект. Терапевтические аспекты регрессии. М.: Когито-Центр, 2002. 256 с.
- Блум, 1999 – *Дж. Блум*. Психоаналитические теории личности. М.: Академический проект; Екатеринбург: Деловая книга, 1999. 224 с.
- Бройтигам, Кристиан, Рад, 1999 – *В. Бройтигам, П. Кристиан, М. Рад*. Психосоматическая медицина. М.: ГЭОТАР Медицина, 1999. 376 с.
- Винникотт, 2000 – *Д. Винникотт*. Использование объекта. – Антология современного психоанализа. Т.1. М.: Институт психологии РАН, 2000. С. 447 – 454.
- Винникотт, 2002 – *Д. Винникотт*. Игра и реальность. М.: Институт общегуманитарных исследований, 2002. 288 с.
- Дискуссия..., 2001 – Дискуссия о любительском анализе. – Russian Imago-2000. СПб.: Алетейя, 2001. С. 377 – 475.
- Есяян, 1994 – *Н. Ф. Есяян*. Психосоматика детского возраста и психоанализ. – Российский Психоаналитический вестник, № 3-4, 1993-1994. СПб.: Восточно-Европейский Институт психоанализа, 1994. С. 71 – 76.
- Каплан, Сэдок, 1994 – *Г. И. Каплан, Б. Дж. Сэдок*. Клиническая психиатрия. Т. 1. М.: Медицина, 1994. С. 595 – 615.

- Когут, 2000 – *Х. Когут*. Интроспекция, эмпатия и психоанализ: исследование взаимоотношений между способом наблюдения и теорией. – Антология современного психоанализа. Т. 1. М.: Институт психологии РАН, 2000. С. 282 – 299.
- Косенков, 1998 – *Н. И. Косенков*. Личностные особенности больных с психосоматической патологией. – Актуальные проблемы пограничной психиатрии. Материалы Всероссийской научной конференции. СПб.: Военно-Медицинская Академия, 1998. С. 270 – 272.
- Кристал, 2006 – *Г. Кристал*. Интеграция и самоисцеление. Аффект – травма – алекситимия. М.: Институт общегуманитарных исследований, 2006. 800 с.
- Куттер, 1997 – *П. Куттер*. Современный психоанализ. СПб.: Б.С.К., 1997. 351 с.
- Лапланш, Понталис, 1996 – *Ж. Лапланиш, Ж.-Б. Понталис*. Словарь по психоанализу. М.: Высшая школа, 1996. 623 с.
- Любан-Плоцца, Пельдингер, Крегер, 1996 – *Б. Любан-Плоцца, В. Пельдингер, Ф. Крегер*. Психосоматический больной на приеме у врача. СПб.: СПб-Психоневрологический Институт им. В. М. Бехтерева, 1996. 255 с.
- Любан-Плоцца, Пельдингер, Крегер, Ледерак-Хофман, 2000 – *Б. Любан-Плоцца, В. Пельдингер, Ф. Крегер, К. Ледерак-Хофман*. Психосоматические расстройства в общей медицинской практике. СПб.: СПб-Психоневрологический Институт им. В. М. Бехтерева, 2000. 287 с.
- Мак-Вильямс, 1998 – *Н. Мак-Вильямс*. Психоаналитическая диагностика: понимание структуры личности в клиническом процессе. М.: Класс, 1998. 480 с.
- Мак-Дугалл, 1999 – *Дж. Мак-Дугалл*. Тысячеликий Эрос. СПб.: Восточно-Европейский Институт психоанализа; Б&К, 1999. 278 с.
- Мак-Дугалл, 2000 – *Дж. Мак-Дугалл*. Антианализанд в анализе (клинический портрет и теоретическое понятие). – Антология современного психоанализа. Т. 1. М.: Институт психологии РАН, 2000. С. 455 – 469.
- Мак-Дугалл, 2007 – *Дж. Мак-Дугалл*. Театры тела. Психоаналитический подход к лечению психосоматических расстройств. М.: Когито-Центр, 2007. 215 с.
- Марти, 2005 – *П. Марти*. Психосоматика и психоанализ. – Французская психоаналитическая школа. СПб.: Питер, 2005. С. 514 – 522.
- Марти, М'Юзан, 2000 – *П. Марти, М. де М'Юзан*. Оперативное мышление. – Антология современного психоанализа. Т. 1. М.: Институт психологии РАН, 2000. С. 327 – 335.
- Пайнз, 1997 – *Д. Пайнз*. Бессознательное использование своего тела женщиной. СПб.: Восточно-Европейский Институт психоанализа; Б.С.К., 1997. 195 с.
- Пезешкиан, 1996 – *Н. Пезешкиан*. Психосоматика и позитивная психотерапия. М.: Медицина, 1996. 464 с.

- Полянская, 2008 – *И. С. Полянская*. Феномен астмы. Алекситимия как один из его аспектов. Дипломная работа. СПб.: Восточно-Европейский Институт психоанализа, 2008. 57 с.
- Райкрофт, 1995 – *Ч. Райкрофт*. Критический словарь психоанализа. СПб.: Восточно-Европейский Институт психоанализа, 1995. 288 с.
- Рождественский, 2004 – *Д. С. Рождественский*. Молчание в аналитической ситуации. – Вестник психоанализа, № 1-2, 2004. СПб.: НФП, 2004. С. 202 – 208.
- Рождественский, 2005 – *Д. С. Рождественский*. Перенос: в поисках потерянного объекта. – Психоаналитический вестник, № 14, 2005. М.: РПО, 2005. С. 43 – 70.
- Рождественский, 2006а – *Д. С. Рождественский*. Начало психоаналитического процесса. СПб.: Б&К, 2006. 112 с.
- Рождественский, 2006б – *Д. С. Рождественский*. Цивилизация и «бо-лезни одиночества». – Развитие человека в современном мире. Материалы Всероссийской научно-практической конференции. Новосибирск: Новосибирский Государственный Педагогический Университет, 2006. С. 7 – 19.
- Рождественский, 2007а – *Д. С. Рождественский*. Невыносимая тишина. – Вестник психоанализа, № 1, 2007. СПб.: НФП, 2007. С. 189 – 194.
- Рождественский, 2007б – *Д. С. Рождественский*. Принцип симметрии в психоаналитическом процессе. – Психоаналитический вестник, № 18, 2007. М.: РПО, 2007. С. 91 – 104.
- Розенштейн, 2004 – *Л. Розенштейн*. Bernheim. Neurasthenies et psychonevroses (Неврастении и психоневрозы). Рецензия. – Классика русского психоанализа и психотерапии. М.: СИП РИА, 2004. С. 284 – 285.
- Северный, 1988 – *А. А. Северный*. Подход к психосоматическому мышлению. Помощь врачу общей практики. Рецензия. – Журнал невропатологии и психиатрии им. С. С. Корсакова, № 4, 1988. С. 150 – 154.
- Столороу, Брандшафт, Атвуд, 1999 – *Р. Столороу, Б. Брандшафт, Дж. Атвуд*. Клинический психоанализ. Интерсубъективный подход. М.: Когито-Центр, 1999. 252 с.
- Томэ, Кехеле, 1996 – *Х. Томэ, Х. Кехеле*. Современный психоанализ. Т. 2. Практика. М.: Прогресс – Литера; Яхтсмен, 1996. 776 с.
- Филиппова, 1998 – *Ю. В. Филиппова*. Преморбидные особенности личности при психосоматических заболеваниях. – Актуальные проблемы пограничной психиатрии. Материалы Всероссийской научной конференции. СПб.: Военно-Медицинская Академия, 1998. С. 88 – 89.
- Фрейд, 1989 – *З. Фрейд*. Введение в психоанализ. Лекции. М.: Наука, 1989. 455 с.
- Фрейд, 1991 – *З. Фрейд*. Я и Оно. – З. Фрейд. Я и Оно. Труды разных лет. Т. 1. Тбилиси: Мерани, 1991. С. 351 – 392.

- Фрейд, 1993 – З. *Фрейд*. О нарцизме // З. Фрейд. Психология сексуальности. Минск: Прамеб, 1993. С. 99 – 124.
- Фрейд, 1998а – З. *Фрейд*. Конечный и бесконечный анализ // «Конечный и бесконечный анализ» Зигмунда Фрейда. М.: Менеджмент, 1998. 224 с.
- Фрейд, 1998б – З. *Фрейд*. Проблема дилетантского анализа. Дискуссия с посторонним // З. Фрейд. Избранное. Ростов-на-Дону: Феникс, 1998. С. 43 – 144.
- Фрейд, 1999 – З. *Фрейд*. Страх // З. Фрейд. Остроумие и его отношение к бессознательному; Страх; Тотем и табу. Минск: Попурри, 1999. С. 241 – 322.
- Фрейд, 2002 – З. *Фрейд*. Скорбь и меланхолия // Вестник психоанализа, № 1, 2002. СПб.: НФП, 2002. С. 13 – 29.
- Фрейд, 2004а – З. *Фрейд*. «Культурная» сексуальная мораль и современная неврозность // Классика русского психоанализа и психотерапии. М.: СИП РИА, 2004. С. 226 – 238.
- Фрейд, 2004б – З. *Фрейд*. О «диком» психоанализе // Классика русского психоанализа и психотерапии. М.: СИП РИА, 2004. С. 245 – 249.
- Фэн, 2005 – М. *Фэн*. Психоанализ и психосоматика // Французская психоаналитическая школа. СПб.: Питер, 2005. С. 502 – 513.
- Чуркин, Мартюшов, 2000 – А. А. *Чуркин*, А. Н. *Мартюшов*. Краткое руководство по использованию МКБ-10 в психиатрии и наркологии. М.: Триада-Х, 2000. 232 с.
- Шниц, Коблинер, 2000 – Р. *Шниц*, В. Г. *Коблинер*. Первый год жизни. М.: ГЕРРУС, 2000. 384 с.
- Щеглов, 1993 – Л. М. *Щеглов*. Психосоматическая модель сексуальных расстройств. СПб.: Медицинская Академия постдипломного образования, 1993. 32 с.
- Ahrens, 1986 – S. *Ahrens*. Alexithymia and affective verbal behavior of psychosomatic patients and controls // Content Analysis of Verbal Behavior. Berlin, Heidelberg, New York, Tokyo, 1986. P. 207 – 214.
- Alexander, 1934 – F. *Alexander*. Psychologic factors in gastrointestinal disturbances // Psychoanal. Quart., 3, 1934. P. 501 – 588.
- Alexander, 1939 – F. *Alexander*. Psychoanalytic study of a case of essential hypertension // Psychosom. Med., 1, 1939. P. 139.
- Bahnsen, 1986 – C. B. *Bahnsen*. Das Krebsproblem in psychosomatischer Dimension // Uexkull T. von (ed) Psychosomatische Medizin. Munich, 1986. P. 889 – 909.
- Bick, 1968 – E. *Bick*. The experience of the skin in early object-relations // Int. J. Psychoanal., 49, 1968. P. 484.
- Bird, 1972 – B. *Bird*. Notes of transference // J. Am. Psychoanal. Ass., 20, 1972. P. 267-301.

- Bowlby, 1960 – *J. Bowlby*. Separation anxiety // *Int. J. Psychoanal.*, 41, 1960. P. 89.
- Brown, Gildea, 1937 – *W. T. Brown, E. A. Gildea*. Hyperthyroidism and personality // *Am. J. Psychiatr.*, 94, 1937. P. 59.
- Cannon, 1920 – *W. B. Cannon*. Bodily Changes in Pain, Hunger, Fear and Rage. Second Edition. New York: D. Appleton & Company, 1920.
- Demos, 1987 – *E. V. Demos*. Affect and the development of the self: a new frontier // *Frontiers in self-psychology*. Hillsdale, NJ: The Analytic Press, 1987. P. 27 – 53.
- Deutsch, 1924 – *F. Deutsch*. Zur Bildung des Konversations Symptoms // *Int. Z. Psychoanal.*, 10, 1924. S. 380 – 392.
- Deutsch, 1953 – *F. Deutsch*. The Psychosomatic Concept in Psychoanalysis. New York: Int. Univ. Press, 1953.
- Deutsch, 1959 – *F. Deutsch*. Symbolization as a Formative Stage of the Conversion Process. New York: Int. Univ. Press, 1959.
- Dunbar, 1943 – *F. Dunbar*. Psychosomatic Diagnosis. New York, London: Paul B. Hoeber, Inc., 1943.
- Emde, 1999 – *R. Emde*. Moving ahead: integrating influences of affective processes for development and for psychoanalysis // *Int. J. Psychoanal.*, 55, 1999. P. 317 – 339.
- Engell, Schmale, 1967 – *G. L. Engell, A. H. Schmale*. Psychoanalytic theory of somatic disorders // *J. Am. Psychoanal. Ass.*, 15, 1967. P. 344 – 365.
- Fain, 1966 – *M. Fain*. Regression et psychosomatique // *Rev. Franc Psychoanal.*, 30, 1966. P. 452 – 456.
- Federn, 1913 – *P. Federn*. Beispiel von Libidoverschiebung während der Kur // *Int. Z. Psychoanal.*, 1, 1913. S. 303 – 306.
- Federn, 1952 – *P. Federn*. Ego Psychology and the Psychoses. New York: Basic Books, 1952.
- Ferenczi, 1950 – *S. Ferenczi*. Stages in the development of the sense of reality // *Sex in Psychoanalysis*. New York: Basic Books, 1950.
- Fodor, 1949 – *N. Fodor*. The Search for the Beloved. New York: Hermitage, 1949.
- French, 1941 – *T. M. French*. Physiology of behaviour and choice of neurosis // *Psychoanal. Quart.*, 10, 1941. P. 561.
- French, Alexander et al., 1941 – *T. M. French, F. Alexander et al.* Psychogenic factors in bronchial asthma. *Psychosom. Med. Monographs* II and IV, 1. Washington: Nat. Research Council, 1941.
- Freyberger, 1976 – *H. Freyberger*. «Symptom», «Konflikt» und «Personlichkeit» in der Behandlung psychosomatischer Patienten // *Prax. Psychother.*, 3, 1976. S. 121 – 131.

- Freud, 1895a – *S. Freud*. A reply to criticisms of my paper on anxiety neuroses // Standart Edition, Vol. 3. P. 119 – 139.
- Freud, 1895b – *S. Freud*. On the grounds for detaching a particular syndrom from neurasthenia under the description «Anxiety neurosis» // Standart Edition, Vol. 3. P. 85 – 115.
- Fromm-Reichmann, 1937 – *F. Fromm-Reichmann*. Contribution to the psychogenesis of migraine // *Psychoanal. Rev.*, 24, 1937. P. 26.
- Garma, 1953 – *A. Garma*. The internalized mother as harmful food in peptic ulcer patients // *Int. J. Psychoanal.*, 34, 1953. P. 102 – 110.
- Grace, Graham, 1952 – *W. Grace, D. Graham*. Relationship of specific attitudes and emotions to certain bodily diseases // *Psychosom. Med.*, 14, 1952. P. 143.
- Greenacre, 1941 – *Ph. Greenacre*. The predisposition to anxiety // *Psychoanal. Quart.*, 10, 1941. P. 66 – 94.
- Groddeck, 1917 – *G. Groddeck*. *Psychoanalytische Schriften zur Psychosomatik*. Wiesbaden: Limes, 1917.
- Halliday, 1948 – *J. L. Halliday*. *Psychosocial Medicine. A Study of the Sick Society*. New York: W.W. Norton & Company, Inc., 1948.
- Hammer, 1990 – *E. Hammer*. *Reaching the Affect: Style in the Psychodynamic Therapies*. New York: Jason Aronson, 1990.
- Katan, 1961 – *A. Katan*. Some thoughts about the role of verbalization in early childhood // *Psychoanal. Study of the Child*, 16, 1961. P. 184 – 188.
- Krystal, 1974 – *H. Krystal*. The genetic development of affects and affect regression // *Ann. Psychoanal.*, 2. New York: Int. Univ. Press, 1974. P. 98 – 126.
- Krystal, 1975 – *H. Krystal*. Affect tolerance // *Ann. Psychoanal.*, 3. New York: Int. Univ. Press, 1975. P. 179 – 219.
- Lichtenstein, 1964 – *H. Lichtenstein*. The role of narcissism in the emergency and maintenance of a primary identity // *Int. J. Psychoanal.*, 45, 1964. P. 49 – 56.
- Mahler, Pine, Bergmann, 1975 – *M. S. Mahler, F. Pine, A. Bergmann*. *The Psychological Birth of the Human Infant*. New York: Basic Books, 1975.
- Marty, 1968 – *P. Marty*. A major process of somatization: the progressive disorganization // *Int. J. Psychoanal.*, 49, 1968. P. 243 – 249.
- Marty, 1969 – *P. Marty*. Notes clinique et hypotheses a propos de l'economie de l'allergie // *Rev. Franc Psychoanal.*, 33, 1969. P. 244 – 253.
- Mc Dougall, 1974 – *J. Mc Dougall*. The psychosoma and the psychoanalytic process // *Int. Rev. Psychoanal.*, 1, 1974. P. 59.
- Mc Dougall, 1980 – *J. Mc Dougall*. A child is being beaten // *Contemporary Psychoanalysis*, 16, 1980. P. 417 – 459.

- Nacht, 1964 – *S. Nacht*. Silence as an integrative factor // *Int. J. Psychoanal.*, 45, 1964. P. 299 – 303.
- Schilder, 1935 – *P. Schilder*. The Image and Appearance of the Human Body. London: Paul, French, Trubner, 1935.
- Schur, 1955 – *M. Schur*. Comments on the metapsychology of somatization // *Psychoanal. Study of the Child*, 10, 1955. P. 110 – 164.
- Selinsky, 1939 – *H. Selinsky*. Psychological study of the migrainous syndrome // *Bull. New York Acad. Med.*, 15, 1939. P. 757.
- Sifneos, 1977 – *P. E. Sifneos*. The prevalence of alexithymic characteristics in psychosomatic patients // *Psychotherapy and Psychosomatics*, 22, 1977. P. 255 – 262.
- Sperling, 1955 – *M. Sperling*. Psychosis and psychosomatic illness // *Int. J. Psychoanal.*, 36, 1955. P. 320 – 327.
- Sperling, 1968 – *M. Sperling*. Acting-out-behavior and psychosomatic symptoms: clinical and theoretical aspects // *Int. J. Psychoanal.*, 49, 1968. P. 250 – 253.
- Spitz, 1946 – *R. Spitz*. Hospitalism // *Psychoanal. Study of the Child*, 2, 1946. P. 68.
- Strian, 1983 – *F. Strian*. Angst. Grundlagen und Klinik. Ein Handbuch zur Psychiatrie und Medizinischen Psychologie. Berlin, Heidelberg, New York: Springer, 1983.
- Weiss, 1932 – *S. Weiss*. The interaction between emotional states and the cardiovascular system in health and in disease. Contributions to the Medical Sciences in Honor of Dr. Emanuel Libman, 3, 1181, 1932.
- Weizsdeker, 1954 – *V. Weizsdeker*. Natur und Geist. Gottingen: Vandenhoeck and Ruprecht, 1954.
- Winnicott, 1965 – *D. W. Winnicott*. Ego distortion in terms of true and falsch self // *The Maturational Processes and the Fasilitating Environment. Studies in the Theory of Emotional Development*. New York: Int. Univ. Press, 1965. P. 140 – 152.
- Winnicott, 1966 – *D. W. Winnicott*. Psychosomatic illness in its positive and negative aspects // *Int. J. Psychoanal.*, 47, 1966. P. 510 – 516.
- Winnicott, 1971 – *D. W. Winnicott*. Transitional objects and transitional phenomena // *D.W. Winnicott. Playing and Reality*. New York: Basic Books, 1971. P. 1 – 25.
- Wolff, 1950 – *H. G. Wolff*. Life Stress and Bodily Disease. Baltimore: William & Wilkins, 1950.

Оглавление

I. ТЕЛО И ПСИХОАНАЛИЗ	9
ПРЕДИСЛОВИЕ АВТОРА	5
1. ПСИХОАНАЛИЗ И ПСИХОСОМАТИЧЕСКАЯ МЕДИЦИНА	10
2. ИСТОРИЯ ПСИХОСОМАТИЧЕСКОЙ МЕДИЦИНЫ	21
2.1. Предыстория	21
2.2. Фрейд, конверсия и страх	22
2.3. Психосоматика: первые шаги	30
2.4. Александер и гипотеза специфичности	41
2.5. ...до наших дней	50
3. ПСИХОСОМАТИЧЕСКАЯ ПАТОЛОГИЯ	59
II. ЧЕЛОВЕК СОМАТИЧЕСКИЙ	67
1. ЧТО ТАКОЕ ПСИХОСОМАТИЧЕСКАЯ ЛИЧНОСТЬ	68
2. АЛЕКСИТИМИЯ	78
3. ОТНОШЕНИЯ С РЕАЛЬНОСТЬЮ	95
4. СОМАТИЗАЦИЯ	104
5. ПСИХОДИНАМИКА: КОНФЛИКТ ИЛИ ДЕФИЦИТ?	111
6. ПСИХОСОМАТИЧЕСКАЯ ПРОБЛЕМАТИКА В КОНТИНУУМЕ ПСИХОПАТОЛОГИЙ	137
7. ИСТОРИЯ ЛИЧНОСТИ	149
7.1. Становление Я и его неудачи	149
7.2. Младенческая психосоматика	159
7.3. Эволюция аффекта	165
7.4. Психосоматогенный объект	169
7.5. «Болезни одиночества»	177
III. ДИАЛОГ С ТЕЛОМ	189
1. ОБЩИЕ ЗАМЕЧАНИЯ	190
2. ПРЕДВАРИТЕЛЬНОЕ ИНТЕРВЬЮ	198
2.1. Базовые принципы	198
2.2. О телесной стороне проблемы	204
3. ТРУДНОСТИ АЛЪЯНСА	212
4. ТЕРАПЕВТИЧЕСКОЕ ВЗАИМОДЕЙСТВИЕ	219
4.1. Модель процесса	219
4.2. Развитие отношений	221
4.3. Результаты	246
5. ОГРАНИЧЕНИЯ И АЛЬТЕРНАТИВЫ	249
ЗАКЛЮЧЕНИЕ	253
СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ	256

Дмитрий Сергеевич Рождественский

HOMO SOMATICUS

Человек соматический

Редактор: *О. Абрамович*

Компьютерная верстка: *И. Кабаев*

Обложка: *И. Кабаев*

Подписано в печать 01.02.2009, Формат 60x90 1/16, 16,5 усл. п. л.

Отпечатано в типографии А-Принт

Санкт-Петербург, ул. Б.Монетная, д. 16



Рождественский Дмитрий Сергеевич

Психолог-консультант
психоаналитической ориентации,
обучающий аналитик и супервизор
Национальной Федерации
Психоанализа, кандидат
психологических наук, заведующий
кафедрой Истории психоанализа
Восточно-Европейского института
Психоанализа, член Европейской
Ассоциации Психотерапии.

ISBN 9785904378011



9 785904 378011