

# САМОСТЬ ВО ПЛОТИ. ЭКЗИСТЕНЦИЯ И ПСИХОСОМАТИКА

АЛЬФРИД ЛЭНГЛЕ

Экзистенция — наше целостное бытие на Земле, бытие воплощенное. Экзистенциальный анализ (далее — ЭА) описывает экзистенцию через понятие ее фундаментальных мотиваций<sup>1</sup> (далее — ФМ), в соответствии с законами которых идут психодинамические процессы, в ряде случаев приводящие к психически обусловленным телесным расстройствам. Из клинического опыта, из изучения материалов по позитивной психотерапии и многочисленных психосоматических теорий появилось понимание этиологии психосоматических расстройств, которое дает картину переживания пациента при нарушениях взаимодействия тела с психикой. Теперь мы знаем, что психосоматические расстройства обусловлены, прежде всего, блокадой второй и третьей ФМ, в сочетании с избыточными реакциями в первой и четвертой, что приводит к типичному функциональному активизму. С точки зрения психопатологии, такая картина может быть следствием одновременного протекания взаимно гасящих скрытых депрессии и истерии. В результате снижаются чувствительность и способность занимать позицию. В заключении экзистенциально-аналитический подход к психосоматике разбирается на примере конкретного случая.

**Ключевые слова:** экзистенциальный анализ, психосоматика, антропология, фундаментальные мотивации экзистенции, психодинамика.

Тело — половина души.  
*Халиль Джебран*

## 1. Антропология Франкла

Телесность играет в экзистенции важнейшую роль. «Переживать полноту бытия» значит *быть живым*. Бытие в этом мире опосредовано телесно, быть в мире означает иметь тело. Телесная жизнь — истинная форма бытия в мире. Изначальное переживание любого «мо-

---

<sup>1</sup> «Фундаментальные мотивации» — понятие Экзистенциального анализа, четыре главных условия исполненной экзистенции. — Цит. по: Längle A. Die Grundmotivationen menschlicher Existenz als Wirkstruktur existenzanalytischer Psychotherapie // Fundamenta Psychiatrica. 2002. № 1. — *Прим. перев.*

гу» — «я есть», «у меня есть место и объем»; «отношусь к бытию», «даю быть». Тело — мое *пра-переживание*. Для того, чтобы мы могли чувствовать, воспринимать то, что для нас ценно, нам необходимо тело. Тело — проводник чувств. Телом мы ощущаем жизнь. Мы становимся связаны со своими ценностями, только ощущая их. И тогда — через связь с ценностями — человек более целостен, в *большей степени становится собой*: лучше *ощущает*, что ему соответствует, *чувствует* верное. Тело всегда с нами. Для того, чтобы *изменить* что-то в мире, нам нужно тело. Дух без тела в мире бессилён; разделенный с телом, он бы пропал.

Быть-в-мире означает — принять и свое тело, опознать себя в своей телесности, узнать свое «я» в его целостности, которая может быть только телесной, потому что нет другой формы бытия в мире. Из приведенного антропологического рассуждения нас в первую очередь занимает, как взаимодействует тело с другими «составляющими» человеческого бытия и как это взаимодействие отражается на возникновении и лечении заболеваний. Так мы приходим к теме психосоматики.

*Психосоматика* занимается исследованием «взаимоотношений между душевными и телесными процессами, рассматривая человека в тесной связи с его окружающей средой» [Bräutigam et al. 1997, p. 2]. Поэтому психосоматика может рассматриваться как исследование взаимосвязи между психически-духовными силами и материальной субстанцией. Гипотеза такого исследования - существование этой связи, причем речь идет не об изолированных друг от друга измерениях, или как это еще называют, сущностях, сферах. Если мы можем наблюдать психосоматические реакции, связь между этими двумя такими разными сторонами человеческой жизни должна существовать. Но как можно представить себе такую связь? — Или же мы можем сказать, что здесь через выражение в понятиях и через рефлекссию становится отдельным то, что в субъективном переживании является единым?

Классическая **модель** связи между телом и психикой, на которую опирается ЭА, была построена Виктором Франклом [Frankl, 1959<sup>2</sup>; см. также: Bauer, 2009]. Как и Фома Аквинский, он говорил [Frankl, 1975<sup>3</sup>] об *unitas multiplex* — единстве и целостности, которые свойственны человеку, несмотря на разнонаправленные силы — динамика которых была впервые представлена Франклом в виде различных векторов, выходящих из общего центра (рис. 1).

---

<sup>2</sup> На русском языке об этом см. в: В. Франкл «Теория и терапия неврозов», гл. «Логотерапия и экзистенциальный анализ». — СПб.: Речь, 2001. — *Прим. перев.*

<sup>3</sup> Данная книга («Антропологические основы психотерапии») на русский язык не переведена; однако в своем вступительном докладе «Психиатрия и по-

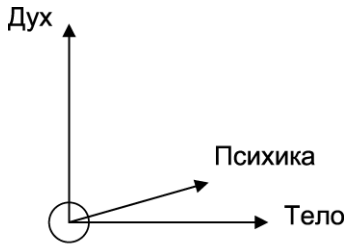


Рис. 1. Целостность человека при разнообразии его импульсов

Фома Аквинский понимал связь между душой и телом как очень тесную и подвижную. Для него имело силу базовое представление, которое господствовало в Средние века и сохранилось по сегодняшний день: *anima forma corporis*, что значит «у души — форма тела». То есть, создавая тело, душа дает ему форму и возможность действовать. Без души тело ничего не может, оно труп. Такое представление Фомы восходит к Аристотелю, в философии которого берет начало этот тезис и образ мысли. Это значит, что душа выражает себя через тело, тело — ее выразительное средство; все, что происходит в душе, воплощено и проявляется в теле [Веck, 2003]. По Фоме Аквинскому, душа — сущность (и, таким образом, основа) всего вещественного. Поэтому сугубо телесные процессы считаются проявлением духовно-психических сил, сущности психо-физического. Остановись человечество на такой точке зрения, и не было бы дуализма «тело — душа», мы говорили бы только об *унитаризме* (там же). — Витгенштейн [Wittgenstein, 1984, p. 496] написал однажды: «Человеческое тело — это наилучший образ человеческой души». То есть в теле, и особенно в лице, отображает себя душа человека, — как интерпретировал это Геберт [Gebert 1995, p. 25]. К слову сказать, Карл Ранер полагает тело связанным с душой не так непосредственно, рассматривая его как символ души; а Ханс Урс фон Балтазар — как ее обличие (там же).

иск смысла» на семинаре по логотерапии (Гарвард, Летняя школа, 1961 г.), опубликованном в его сборнике «Психотерапия и экзистенциализм. Избранные работы по логотерапии», 1967, Франкл говорит: «Логотерапия понимает и использует внутреннее различие между ноэтическим и психическим аспектами человека. Несмотря на это онтологическое различие между ноэтическим и психическим, между духом и разумом, наше многоуровневое представление о человеке не только сохраняет его антропологическую целостность и единство, но и поддерживает это. Рассуждения о человеке, в котором есть духовный, психический и телесный уровни, или слои, может навести кого-то на мысль, что эти аспекты можно отделять друг от друга. Однако никто не сможет сказать, что восприятие человека во множестве его измерений разрушает в человеке присущие ему целостность и тождественность». — *Прим. перев.*

Франкл не следует за Фомой Аквинским до конца. На его образе мыслей сказывается субстанциональность схоластической философии. Таким образом, три антропологических измерения в понимании Франкла (рис.1) все-таки приобрели свойства *различающихся* субстанций, которые существуют в определенной степени независимо друг от друга, что привело к гипотезе о *психофизическом параллелизме*: тело и психика хоть и различны (тело следует физико-химическим законам, психика — психодинамическим), но находясь в резонансе (направляется параллель: они земного происхождения)<sup>4</sup>. Однако между духом и психикой нет резонанса. Напротив, они действуют порознь, противоположно друг другу, процессы в них протекают разнонаправленно — как работают сгибающие и разгибающие мышцы [Frankl, 1959]. В то время как психика и тело «действуют заодно» и ведут себя параллельно, между духом и психофизиологией остается зазор, существенное рассогласование [Frankl, 1979]. Отношение духовного к психофизике не является параллельным, гармоничным, оно является дистанцированным: духовное, по самой природе своей, «отмежевывается» от психофизики [Frankl 1975, p. 170]. Однако объяснения того, почему тело и психика действуют параллельно, а психика и дух антагонистичны друг другу, Франкл не дает.

Правда, обоснований того, почему телесные процессы находятся в резонансе с психическими, а духовные им противоположны, Франкл не приводит.

Представление о параллелизме и антагонизме в антропологии Франкла помогает в описании важных аспектов видения человека. Так, приведенная модель подчеркивает большую близость между составляющими психосоматических процессов: телесное сопровождает все психическое, и психическое участвует в любом телесном. Модель показывает, кроме того, особое место духовного измерения: свобода духа приобретает особую, исключительную возможность, даже задачу — обходиться с психофизиологическим, относиться к нему так или иначе, потому что духовное измерение изначально находится от телесного и психического на некоторой дистанции (ср. с выводами Бауэра [Бауэр, 2009]) и потому всегда может отойти от психофизиологии (самодистанцирование).

---

<sup>4</sup> Для Макса Шелера, на чьей философии строится антропология Франкла, физис (Physis) и психея (Psyche) — это лишь различные формы проявления одного и того же: «Физиологические и психические жизненные процессы в онтологическом плане строго идентичны (как это предполагал еще Кант). Они различаются только в феноменальном плане. (...) То есть то, что мы называем “физиологическим” и “психическим”, это лишь две стороны рассмотрения одного и того же жизненного процесса. Есть “биология изнутри” и “биология извне» [Scheler 1991, p. 74].

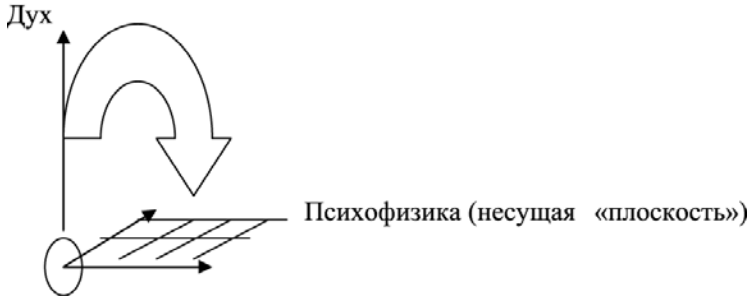


Рис. 2. Разнонаправленность динамических векторов: вклад психического в резонансное колебание соматического, взаимодействие духа и психофизики

Эта картина человека могла бы служить моделью причинной связи между психикой и телом, если бы не один недостаток: остается неясным механизм психофизического параллелизма. Кроме того, в этой модели — из-за принципиального различия между независимым духом и психофизической плоскостью — взаимодействие двух последних измерений не рассматривается. При этом остается вопрос, каким образом телесные процессы резонируют с психическими, как «сцеплены» между собой эти области. Это принципиальный вопрос о том, едины ли психика и тело или природа их различна. Если различна, — как тогда психическое может вмешиваться в телесное?

О характере взаимосвязи между психикой и телом Франкл высказался позже, приведя уже вполне современные нам соображения [Frankl, 1982<sup>5</sup>]. Он ссылается на связь вегетативной нервной системы с базальными ганглиями головного мозга. Да и роль гормонов, которые через кровяное русло доносят жизненно важную информацию до периферии, тоже была уже известна. Оба эти факта занимают центральное место в сегодняшнем понимании психосоматики.

## 2. Современная антропология ЭА

Прежде антропология была сосредоточена главным образом на специфическом в человеке — на том, что отличает его от животного; сегодня же большее внимание уделяется естественной целостности человека. Подобное смещение фокуса происходило и в ЭА, в антропологии которого общее и объединяющее вышли на первый план, по сравнению с отдельным и по природе различным [об актуальной рефлексии антропологии ЭА см. также: Вауер, 2009]. Одной из основных причин такого

<sup>5</sup> «Теория и терапия неврозов». На русском языке вышла в издательстве «Речь» в 2001 г. — *Прим. перев.*

смещения фокуса рассмотрения стало то, что в феноменологической психотерапии центральную роль играет субъективное переживание, а не абстрактное познание, как это было раньше.

Конкретно это проявляется в том, что сегодня нас в большей степени занимает субъективное, чем объективное, в большей степени «быть», чем «иметь», чувства, чем мысли, ноо-психо-физическое *единство*, целостность Я, а не различные его измерения.

Вальденфельс [Waldenfels, 2000], кроме того, видит, что и телесность многомерна. Отсюда вытекает интересный посыл, который позволяет описать чувство отделенности человека от духовного измерения; благодаря многоплановости телесного, человек получает дистанцию с самим собой: «Я подчеркиваю, что отношение — ко внешнему: к другим, к предметам или живым существам — способность тела; благодаря отношениям, я оказываюсь для себя посторонним. Я в своем теле не только “дома”: находясь там постоянно, я одновременно остаюсь на некотором отдалении от себя». — Телу остается присущей «многозначность, обусловленная тем, что тело, с одной стороны, принадлежит миру», и как таковое может становиться объектом естественнонаучных изысканий, «с другой стороны, принадлежит Я» [Blankenburg 2007, p. 201].

Эта точка зрения открывает нам человеческую целостность во взаимно пронизывающих потоках отдельных измерений, каждое из которых выполняет свою *особую задачу*. В измерении тела — это задача взаимодействия с данностями мира, в измерении психики — с проявлениями жизни, в измерении Person<sup>6</sup> — отношения с собой (в том числе — через отношение к другому), активное развитие и становление. Так возникает дифференцирование, различие способов, которыми проявляют себя отдельные измерения человека при взаимодействии с четырьмя измерениями бытия. Итак, измерения различны не потому, что они разные субстанции<sup>7</sup>, а потому, что выполняют разные задачи.

Здесь приобретает особенное значение духовная сила персонального Я. Будучи духовным связующим, персональное Я обладает инте-

---

<sup>6</sup> Транскрипция немецкого слова «Person», центрального понятия Экзистенциального анализа. Оно обозначает существо человека, то главное в нас, благодаря чему мы принимаем и воплощаем решения, не обусловленные полностью телесными и психологическими факторами, с чувством внутреннего согласия и в соответствии с «чутьем на правильное». — *Прим. перев.*

<sup>7</sup> Обмен и диалог идет в четырех направлениях базовых условий экзистенции, и для разных задач развиваются разные, соответствующие им способности. Различные «законы», которым следуют «измерения», вытекают, соответственно, из задач человека. Так, тело развивает физиологические инструменты, психика — витально-динамические, дух — персональные, а для исполненности бытия развиваются инструменты феноменологии.

грирующей способностью. Объединяющая, структурирующая сила персонального бытия обращается к человеку из глубин бессознательного и взывает к его Я. Последнее утверждение можно считать антропологическим основанием для определения Person как аналога теологического понятия души (которая, по поверью, в момент смерти покидает тело).

Благодаря этому *всеохватному единству*, в теле присутствуют и Person, и психика, а его процессы находят отражение в психическом и духовном. Мы *являемся* телесными, т.е мы не просто *имеем* свое тело [Marcel 1955]. Отсюда следует по меньшей мере три практических вывода:

а) психическое и духовное *сравнимы* с телесным, их процессы *подобны* его процессам, потому что проявляются в человеческой целостности. Это означает, что, к примеру, восприятие информации или психическая обработка конфликтов по структуре процессов подобны физиологическому приему пищи и потому могут быть между собой сопоставлены (мы говорим, например, «усваивать материал маленькими порциями», или «переварить неприятное известие»). И соответственно — как подобные — переживаются.

б) В едином потоке бытия измерения *согласованы и активизируются вместе*. Их процессы текут в одном ритме; даже при том, что измерения, в соответствии со своими задачами, ориентированы по-разному, они *информированы*, *знают* друг о друге и готовы друг друга поддерживать.

в) В тех случаях, когда одному из измерений предъявляются завышенные требования, другие могут несколько *разгрузить* его. То есть частично они выполняют друг для друга *компенсаторную* функцию. Здесь проявляет себя противоположное свойство измерений — их разнонаправленность и *антагонизм*. Если от человека требуются чересчур напряженные умственные усилия (например, для решения математической задачи), то у него может заболеть голова и/или на него вдруг навалится *усталость*, или ему станет *скучно*. Это дают о себе знать другие измерения, помогая «попавшему в беду», подсказывая, в чем человек нуждается (в приведенном случае — в отдыхе, в перерыве). Помощь становится возможной благодаря *различиям* специфических задач и процессов измерений, которые позволяют перевести проблему в другую плоскость, привлечь к ней внимание с другой стороны. Здесь становится заметным антагонистическое единство — но не в противодействии, а в поддержке (когда отдельные измерения действуют как «компаньоны», Руфин [Rufin, 1959] и Бланкенбург [Blankenburg, 2007] говорят также о «партнерах»). Благодаря другому способу подачи информации повышается вероятность решения задачи (например, когда решение откладывается

ют до утра). Не проявись проблема телесно и психически, вероятность продолжения безуспешных и вредоносных действий была бы выше. Здесь тело может выйти с периферии нашего осознания и «стать тем, что владеет нами»; тогда наряду с «быть-телом» и «иметь-тело» в экзистенции появляется третья форма телесности, а именно такая, которая может привести к «нарушению способности распоряжаться самим собой» [Blankenburg, 2007]. Ханс-Мартин Роте в своей «Прембуле к экзистенциально аналитической психосоматике» («Vorbemerkung zu einer existenzanalytischen Psychosomatik» [Hans-Martin Rothe, 1992, p. 218]) очень выразительно написал о таком выпячивании телесного: «Неживая жизнь, “безжизненная” жизнь дает о себе знать благодаря живости Person, благодаря “целостной системе человека” в теле или становится там ощущаемой. В экстремальных ситуациях тело “выскакивает”, для того чтобы — через боль, страх, голод или бездыханность — все же снова обратить внимание на то, что осталось незамеченным и не воспринятым».

Отличительная особенность такого представления — гибкость, подвижность структуры, которая достигается благодаря однородности составляющих. Вместо жестких разграничений — все в едином потоке, «бесперывная взаимообогащающая и замкнутая телесно-психическая круговая связь» [Bräutigam и др., 1997<sup>8</sup>]. В. Вайцеккер (V. Weizsäcker) назвал это «кругом образов» (там же). Жизнь являет свою силу в высокой степени приспособляемости. *Обмен* между измерениями, который возможен благодаря, с одной стороны, различию между ними, а с другой, — их единству (которое больше, чем тесная связь); он напоминает диалог, точнее, пра-форму диалога. Отсюда становится понятным, почему *хорошее самочувствие* невозможно без аффективного резонанса с телом, без чувствования тела, без обмена между измерениями (когда, например, человек слишком сильно ориентирован вовне или фиксирован на рациональном).

В этом *совместном бытии* разных измерений тело находится в *постоянном обмене* с психикой и духом, равно как и психика — с телом и принимающим решения персональным Я; или, наоборот, Person — с хранящей жизнь психикой и телом, которое является мостом к бытию-в-мире. Х.Г. Петцольд [Petzold, 2008] предложил хорошее понятие «информированного тела», чтобы описать этот процесс постоянного восприятия информации изнутри и извне и ее воплощения в теле. *Психика* представляется тогда не изолированной сущностью, отделенной от тела

---

<sup>8</sup> Бройтигам В., Кристиан П., Рад М. Психосоматическая медицина: кратк. учеб. / Пер с нем. Г.А. Обухова, А.В. Бруенка; предисл. В.Г. Остроглазова. — М.: ГЭОТАР МЕДИЦИНА, 1999. — 376 с. — *Прим. перев.*



и духа неким зияющим «зазором», а частью целого. Правда, нужно добавить, что в переживании Я возникает нечто, могущее напоминать зазор. А именно, есть два качества Я, которые могут пониматься как специфические отличия измерений: с одной стороны «Я как тело» и «Я как психика» являются субъектными и объектными для «Я как Person», с другой стороны, Я как Person является исключительно объектным и не может переживаться как данное самому себе<sup>9</sup>). Однако это отличие не обязательно должно приводить нас к идее принципиально иной формы «духовного», а просто может служить признаком упомянутой выше интегративной силы персонального Я, которая, как таковая, уже не может сама себя объективировать. Поэтому данная антропология строится на предположении не параллелизма или автоматизма отдельных измерений, а *интеракционизма*, который основывается на их постоянном взаимодействии и циркулярном взаимопроникновении [см. также: Langle 2008, p. 38 и далее].

Вышесказанное можно наглядно *проиллюстрировать* метафорой: тело и психика «овеяны» *духовным*, а тело и дух «пропитаны» «соками» *психического*, так что они существуют не порознь и даже не рядом друг с другом, а *взаимно проникнуты* и тесно между собой связаны. При этом проявления одного измерения зависят от другого. Речь идет об эмергенции<sup>10</sup>. Каждое измерение опирается на другие: психическое «несомо» телесным и связано с ним духовным. При этом телесное и духовное резонируют в психике. Таким образом, психическое является выражением телесного и духовного, отличаясь от них — потому что оно не то же

---

<sup>9</sup> «Объективизация» духовно-персонального происходит изначально при рассмотрении поступка или биографии. Однако полностью Person дается все-таки во Встрече, когда другой возвращает/отражает мне меня. Для другого я одновременно оказываюсь субъектом и объектом [то же происходит и в сексуальности, см.: Laengle, 2007].

<sup>10</sup> *Эмергенция* — понятие в философии и теории систем, обозначающее появление новых и связанных структур, паттернов и свойств в процессе самоорганизации сложных систем. Основными признаками эмергенции являются: непосредственная наблюдаемость (т.е. остальные признаки эмергенции могут быть восприняты эмпирически, а не являться продуктом догадок или логических построений); радикальная новизна (появление черт, ранее в данной системе не наблюдаемых); связность или соотносительность (наличие объединенных структур, самоподдерживающихся в течение какого-то периода времени); наличие глобального- или макроуровня (т.е. целостности); наблюдаемое является результатом динамического процесса (т.е. развивается). К понятию эмергенции близка концепция синергизма (целое больше, чем сумма составляющих его компонентов). Разница между ними в том, что синергизм описывает свойство структуры, а эмергенция — происходящий в ней процесс. — *Прим. перев.*

самое, что тело и дух. Так же дело обстоит и с духовным Я, поддерживаемым психикой и телом, которые представляют собой его «*диалектический коррелят*». Поэтому «голос, и в еще большей степени взгляд, ... а также улыбка, вздох, возглас, вдруг появившийся румянец и т.д. — могут быть названы *par excellence*<sup>11</sup> телесно-душевыми феноменами [Blankenburg, 2007], в которых Person выражает себя как в своей телесно-душевной инкарнации.

Такой взгляд концептуально представляет человека как *комплексное* явление — понимая его одновременно как *единство* и рознь ориентированных на разные задачи измерений. Дополнительный аспект такого комплексного видения — например, объединяющего персонального Я, — мы представили графически как единство и разноплановость двух взаимно перекрывающихся областей.

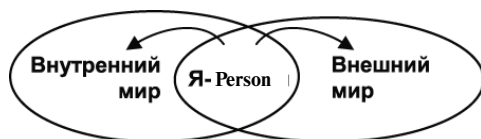


Рис. 3. Единство и разноплановость Я-Person, т.е. одновременное существование ее доли во внутреннем и внешнем мирах, что составляет единство Я — включенного при этом в разные «миры»

Этот рисунок приведен для наглядности. Открытым остается вопрос, можно ли всю антропологию содержательно представить в виде схемы (состоящей, может быть, из трех перекрывающихся областей, или из двух внутри третьей, большей).

В рамках такой антропологии человека вполне можно описать как единство и — одновременно — *антагонизм* измерений; но антагонизм в этом представлении остается только одним из аспектов. Будь он принципиальной характеристикой измерений, картина получилась бы ложной, ибо представляла бы однобокий взгляд на человека.

Обе модели — как единства, так и антагонизма измерений — имеют полное право на существование и описывают различные аспекты человеческого бытия и свободы человека. Модель единства описывает свободу человека как *согласованность с самим собой*, как согласованность с психикой и телом; в практическом плане она нашла применение в фокусинге Юджина Джендлина [Gendlin, 1997]. В этом аспекте свобода субъективно переживается как «чувство, что тебя ничто не принуждает», поскольку ты находишься в согласии с самим собой (даже если и неосознанно, — ведь многие наши повседневные дела осу-

<sup>11</sup> *par excellence* (фр.).

шествуются без принятия сознательных решений). Такая точка зрения является хорошим основанием для психосоматического понимания человека. Антагонистическая модель описывает человека в его способности расти над самим собой, дистанцироваться от самого себя, освободиться от своего психофизического, противостоять ему, подчинять его своей воле, контролировать как аффекты, так и потребности. Здесь для человека речь идет не о единстве или о согласованности психического и физического, а о том, чтобы, например, избавиться от лишнего веса, несмотря на чувство голода. Этот аспект свободы позволяет человеку самодистанцироваться, и тем самым дает ему возможность для самотрансценденции [Frankl, 1975] и описывает в большей степени ту силу, которая присуща воле человека, и влияние воли на психику и сомю.

### **3. Феноменологическая, экзистенциально-аналитическая антропология, основанная на фундаментальных мотивациях экзистенции**

В данной антропологической модели и согласно данной теории полное взаимопроникновение указанных измерений приводит к тому, что человек как *Person* представляет собой ту духовную силу, которая позволяет устанавливать персональные отношения с самим собой и с миром, как это схематически показано на рис. 3. К этой динамической двойной соотнесенности следует добавить также, что в основе бытия человека лежат персональные структуры, а именно четыре персонально-экзистенциальные измерения или фундаментальные мотивации (ФМ). *Person* представляет собой тот мост, который обеспечивает единство антропологических измерений и наглядно демонстрирует, как духовное может быть активным в каждом из этих измерений. — Поскольку в рамках ЭА уже существует детальное описание фундаментальных мотиваций, здесь мы лишь коротко их перечислим [более подробно см.: Лэнгле, 1999, 2002, 2008].

1. Отношение к *миру* и его условиям.
2. Отношение к *жизни* и ее силе.
3. Отношение к *Person*, как к своей, так и другого.
4. Отношение к *будущему* и к смыслам.

В каждом из этих отношений содержатся все антропологические измерения. Каждое отношение представляет собой спецификацию задачи и каждый раз возникает в диалоге с визави. Речь идет о базовых отношениях к четырем фундаментальным измерениям экзистенции. Поскольку диалог разворачивается по различным направлениям, то ему нужны также и различные функции.

То есть, если рассматривать эти четыре базовых измерения экзистенции динамически, другими словами, с точки зрения их осуществления/реализации, то для этого требуется четыре способности, которые лучше всего можно описать с помощью четырех модальных глаголов.

1. Мир → *мочь (я — могу)*
2. Жизнь → *нравиться (мне — нравится)*
3. Быть Person → *иметь право (я — в праве)*
4. Будущее → *быть должным* [=⇒ смысл] (*я — должен*)  
⇒ *Хотеть (волеие) (я — делаю)*

Примечательно в связи с этим, что, благодаря общему эмоциональному центру, у экзистенциальных измерений<sup>12</sup> человека — *фрактальная структура*, т.е. они гомологично повторяются как в других измерениях, так и в меньших элементах собственного. Эти измерения представлены друг в друге и взаимно друг другом пронизаны. С точки зрения психосоматического понимания, большое значение имеет их тесная связь с антропологическими измерениями, т.е. — с психикой и телом<sup>13</sup>. Измерения всегда проявляются *модульно*; будучи представлены в психическом и телесном, они все равно сохраняют свое строение.

Для антропологии это чрезвычайно важно, потому что благодаря этому свойству первичные духовные измерения — измерения фундаментальных мотиваций — становятся для телесного и психического *структурообразующими*. Иными словами, основные измерения экзистенции (или базовая структура персонального духа) *оказывают на тело такое же структурирующее влияние, как и на психику*. И наоборот: телесное и психическое уже содержат в себе структуру экзистенции. Экзистенция возникает из тела и психики и находится в созвучии с ними; она их расширяет в измерении духовного, а не что-то принципиально новое<sup>14</sup>.

Как же выглядит это структурообразование, при котором духовное присутствует в психическом и телесном?

*3.1. На уровне психики основные измерения экзистенции представлены многослойно:*

а) сиюминутно или в связи с обстоятельствами — это переживания: расслабления (первая ФМ), облегчения и удовольствия (вторая ФМ),

---

<sup>12</sup> Т.е. фундаментальных мотиваций — *Прим. перев.*

<sup>13</sup> Речь идет об «измерениях» в двух контекстах попеременно. С одной стороны, — четыре измерения экзистенции, т.е. четыре фундаментальные мотивации, с другой, — три измерения антропологических: телесное, психическое, духовное. — *Прим. перев.*

<sup>14</sup> Так можно было бы толковать «*anima forma corporis*» Аристотеля и Фомы Аквинского.

собственной уместности (третья ФМ), соответствия (ощущение «это мне подходит», «это мне впору» — четвертая ФМ);

б) в *устойчивых чувствах или настроениях*: мужество и уверенность (первая ФМ), радость и защищенность (вторая ФМ), внутреннее согласие (в резонансе с собой) и внутренний покой, гармония (третья ФМ); и чувства потока (flow) и легкости (четвертая ФМ)<sup>15</sup>;

с) в копинговых реакциях, которые возникают в ответ на сиюминутные или связанные с обстоятельствами переживания так называемого негативного спектра — неуверенности, тяжести, отвращения, безысходности, пустоты. В копинговых реакциях содержится мудрость и опыт жизни; с этой точки зрения они рассматриваются нами не как вредные сами по себе, а как нацеленные на служение жизни;

д) в особенностях отдельных людей (например, тревожная, депрессивная, истерическая личность);

е) и, конечно, в *психопатологии* (например, страх как стойкий дефицит в первой ФМ, депрессия — во второй, и т.д.)

В этой антропологической концепции *взаимопроникающего существования* Я-Person всегда рассматривается как несомая психикой и телесностью. Духовная структура Я-Person проявляется и в том, что телесное и психическое овеваны духом, «дышат» им.

3.2. *У основных измерений экзистенции есть и свое многослойное телесное представительство, поэтому можно сказать, что персональное воплощается в теле.* Измерения персональных ФМ, необходимые для исполненности жизни, воплощены телесно и в теле представлены. В.Вайцеккер в своей концепции говорит об «органах выражения» [ср.: Bräutigam и др., 1997] духовного содержания. То есть не только чувства (уровень психики) всегда находятся в резонансе с фундаментальными мотивациями, но и *постоянно присутствующее телесное переживание* — осознанное или неосознаваемое, заметное в большей или в меньшей степени. Мы можем понимать себя не только испытывая эмоции и чувства, но и прислушиваясь к телу как к средству их выражения. Это важно для психосоматики, потому что в тех случаях, когда психика

---

<sup>15</sup> Найденные опытным путем основные чувства (радость, интерес; любопытство, удивление; отвращение, гнев, стыд, печаль, вина и страх) обнаруживаются при взгляде со стороны благодаря соответствующей мимике. В «Экзистенциальном анализе» мы рассматриваем их как сочетание: чувств, непосредственно связанных с процессом (например, удивление, интерес-любопытство); персональных эмоций (например, радость, если она значит не просто «позитивное удивление»; печаль, если она не означает депрессивность или вину); копинговых реакций (например, гнев) и соответствующего ситуации психического чувства (например, страх).

отказывается выполнять функции индикатора или их сигналы игнорируются нами, остается возможность сориентироваться по событиям телесной жизни.

Кроме того, с точки зрения практики важно, что благодаря телу у нас есть *доступ к психике* (через пищу, спорт, гимнастику, массаж, кинезио- и телесноориентированную терапию, методы релаксации и т.п.) Больше того, через телесное можно воздействовать и на духовное измерение (известно, что при занятиях йогой мысленный настрой становится более позитивным!)

Феноменология телесного — т.е. анатомически-функциональная репрезентация персонально-экзистенциальной структуры в теле — может быть в первом приближении представлена так:

**1-я ФМ:** легкие → пространство и опора

⇒ *функциональное переживание*<sup>16</sup>: пространство.

**2-я ФМ:** сердечно-сосудистая система → движение, жизнь, близость, отношения

⇒ *функциональное переживание*: течение жизни (жизнь), витальность, близость к себе, чувство благополучия.

**3-я ФМ:** желудочно-кишечный тракт → разграничение, интимность, овладение, усвоение (тут чужое растворяется и усваивается) при открытости к миру;

**иммунная система;**

**половые органы** → максимальное переживание интимности;

**лицо**

⇒ *функциональное переживание*: быть в себе при открытости к другим, внутренние процессы; чувство единства, резонанс.

**4-я ФМ:** мускулатура, двигательный аппарат → действие,

возможность осуществить, исполнить внутреннее во внешнем мире, включенность в общий контекст жизни

⇒ *функциональное переживание*: «flow» (М. Чиксентмихайи)<sup>17</sup>.

Если, подводя итог, мы оглянемся и проследим путь развития ЭА-антропологии, то увидим, что схема Франкла подразумевает *одновременно* и подобие, и антагонизм, при относительно независимых, жестко разграниченных измерениях.

### Кожа

поверхность  
соприкосновения  
для близости,  
контакта,  
восприимчивости  
и нежности  
+  
орган  
отграничения

<sup>16</sup> *Функциональное переживание* — психическое переживание, которое обеспечивается нормальным функционированием органа.

<sup>17</sup> Речь идет о переживании потока, описанном М. Чиксентмихайи в произведении «Поток». — *Прим. перев.*

Сегодняшний ЭА рассматривает *единство* и *разноплановость взаимно переплетенными*. Это циркулярная, а не линейная модель. Поэтому возникает довольно сложная картина: каждое измерение содержит в себе и другие измерения, но в то же время отличается от них. Именно поэтому тело можно использовать для диагностики персонального уровня. Когда, например, на терапии пациент сообщает нам о том, как страшно бил его отец (бордерлайнер), так, что и сейчас у него перехватывает дыхание, когда он об этом думает или рассказывает, то не говорят ли ему тело и психика посредством телесных функций о том, что рядом с таким отцом для него «не было пространства», что рядом с ним он не мог «быть», что отец никогда не принимал его (что соответствует первой экзистенциальной ФМ)? Точно так же и психодинамика может служить экзистенциальной диагностике и указывать на экзистенциальные дефициты или угрозы, тематически «называть» их, о чем, например, можно узнать по специфике копинговых реакций. Так, если пациент чувствует ярость к своему начальнику, то экзистенциально это указывает на то, что здесь существуют ярко выраженные проблемы с отношениями и ценностями.

#### 4. Теории происхождения психосоматических болезней

Ниже приведены некоторые модели — как распространенные, так и менее известные<sup>18</sup> — психопатогенеза психосоматических заболеваний. Они служат базой для развития экзистенциально-аналитической модели, основанной на учении о фундаментальных мотивациях. Как можно заметить, элементы ЭА-теории уже присутствуют в различных теориях других школ.

##### 4.1. Модели психопатогенеза

С точки зрения феноменологии психосоматики, некоторые теории представляются очень плодотворными.

А. **Фрейд** (1894) [Фрейд, 1952] в своей конверсионной модели описывает преобразование вытесненных, отвергаемых психических конфликтов в соматические процессы, где эти конфликты находят «соответствующее степени их аффекта выражение» и канал для отвода сексуальной энергии «в соматические феномены, а именно — в истерические симптомы».

Способность трансформировать психическую энергию в телесные симптомы Фрейд связывал с *истерией* (расстройство третьей ФМ в ЭА); в его представлении такая конверсия касается только сфер произвольной моторики и чувствительности.

**Де- и ресоматизация, по Шуру** [Schur, 1955]. В процессе созревания Я ребенка те аффекты, которые в младенчестве были жестко привязаны к

---

<sup>18</sup> Модели, ориентированные на ресурсы, см. п. 4.2.

телесным процессам, все больше проявляются в поведении и все меньше — в телесных реакциях. Фрустрация, страхи и потребности, находя способы словесного выражения, все реже преобразуются в двигательные бури<sup>19</sup> и таким образом «десоматизируются». Психосоматические расстройства способствуют регрессу Я; в этом случае первичные процессы снова начинают превалировать: происходит «ресоматизация».

В. *Парижская школа* (Marty, de M'Uzan<sup>20</sup>) объясняла психосоматические расстройства специфической *личностной структурой* со склонностью к «оперативному мышлению»<sup>21</sup>, т.е. к мышлению с дефицитом *свободы* и воображения — схематичному, ассоциативно обедненному, тяготеющему к непосредственной сосредоточенности на сиюминутных конкретно-практических задачах [de M'Uzan, 1978] (дефицит в третьей ФМ + компенсаторно функционирующие первая + четвертая ФМ). Помимо перечисленного, для такой структуры характерны *алекситимия* и «*поверхностность*», проявляющиеся в том, что ассоциации максимально тесно связаны с фактами — как по содержанию, так и по времени.

Со временем *теория конфликтов* уступила место представлениям о *дефицитах* в эмоциональном развитии [Uexkuell<sup>22</sup>, 2008].

С. *Ситуационный круг Иксюля* (и Везиака) описывает *био-психо-социальную модель*, в соответствии с которой ребенок формирует свою индивидуальную картину мира, находясь в рамках наследственности, поведения окружающих и культурно-социальной среды. Если при этом не возникает сложностей с приспособлением к среде<sup>23</sup>, развивается общий адаптационный синдром с типичными стрессовыми реакциями (первая ФМ — телесная мобилизация и ограничения в чувствовании), приводя, таким образом, к развитию психосоматических расстройств.

Д. *Круг образов* Виктора Вайцеккера. Тело и психика действуют не параллельно, а в непрерывном взаимодействии, как если бы они были связаны друг с другом шестернями. Они представляют единый механизм и *взаимно друг друга трактуют* [Бройтигам и др., 1997]. Другими словами, тело и психика составляют единый образ и могут взаимно друг друга представлять. Телесное и психическое не отдельные сущности,

---

<sup>19</sup> Речь идет о двигательной ажитации с характерными проявлениями агрессии и паники без видимых на то причин, характеризующейся беспорядочными и ненаправленными действиями. Фиксируется в состояниях нарушенного сознания, структуре кататонического возбуждения [Блейхер, Крук, 1996]. — *Прим. перев.*

<sup>20</sup> Пьер Марти, Мишель де М'Юзан.

<sup>21</sup> Термин Пьера Марти. — *Прим. перев.*

<sup>22</sup> Т. Иксюль.

<sup>23</sup> Т.е. если, как мы говорим, если ребенок растет без выраженных психологических проблем. — *Прим.перев.*



воздействующие друг на друга, а связанные части одной, единой сущности; они свидетельствуют друг о друге, взаимно друг друга представляют. Тело толкует душу, говорит за нее; душа толкует тело и говорит за тело (ср. с приведенными выше взглядами Фомы Аквинского и Аристотеля: *anima forma corporis*).

По В. Вайцзеккеру, заметить психические движения можно не только по изменениям в *работе* тела (румянец, рвота, сердцебиение, диарея), но и по состоянию желудка, кишечника, легких, сердца, которые он называет «органами выражения» души.

В. Вайцзеккер видит патогенную динамику не только в прошедшем, в былом, в уже случившемся (например, в травме), но и в не произошедшем, в еще *не состоявшемся*. Ибо «непрожитая жизнь, не выполненное» (там же) тоже действуют на нас. «В своей телесной готовности человек ориентирован на будущее, зачастую на еще не вполне определенные обстоятельства.» [Бройтигам и др., 1997]. Например, аффективная окраска состояния ожидания влияет на психосоматические события.

Для обозначения возможностей *каждой ситуации* В. Вайцзеккер ввел понятие патических категорий и прибег к помощи модальных глаголов: *я могу, я вынужден, я вправе, я обязан, я хочу*. «Патическими» категории называются потому, что жизнь — не только событие, но и переживание; мы всегда что-то выносим, претерпеваем, переживаем. Патические категории указывают на то, что жизнь нам дана не только как бытие, но и как задача принимать решения. «Мочь», «Быть вынужденным», «Иметь право», «Хотеть» и «Быть должным» содержат в себе, таким образом, неизбежность принятия решений и занятия позиции. Экзистенциальная вовлеченность, которая возникает благодаря той или иной позиции, осуществленным или упущенным решениям, выливается в конфликты человека с самим собой, с другими, с учреждениями и т.п.; она свойственна противоречиям и кризисам страдающего человека. Это значит, что болезнь определяется не внешними событиями и фактами, а патическими категориями.

Иными словами, субъективно мир дан человеку в отражении «Могу», «Вынужден» и т.д.

Образ мыслей В. Вайцзеккера очень близок экзистенциально-аналитическим представлениям, а значение его теории для ЭА огромно, на что первым указала М.Розе [Rothe, 1991].

Е. М. *Виршинг* (М. *Wirsching*), резюмируя, говорит, что сегодня мы едины в представлении, что «психосоматическая личностная структура возникает как следствие раннего и длительного нанесения ущерба развитию жизни» [Wirsching, 1996]. Мнение о психосоматической личностной структуре и ее длительном развитии высказывают разные исследо-

ватели. «Особенное значение имеют нарушения *процессов сепарации-индивидуации* в детстве и юности. <...> Возникает базовое расстройство, теоретические и клинические исследования которого проводились в 70-е годы в рамках концепции нарциссизма Хайнца Кохутса (1974) и Отто Кернберга (1984)» (там же) (что отсылает нас к темам второй и третьей ФМ). В основе расстройства лежит болезненный опыт непредсказуемого чередования глубокой человеческой близости и внезапного обрыва связи (вторая ФМ). «Пострадавший чувствует себя отвергнутым, брошенным и сам отвергает себя (третья ФМ). Его состояние сопровождается трудно переносимыми чувствами беспомощности и безнадежности» (первая + четвертая ФМ) (там же). В результате человека «бросает» из крайности в крайность: от навязчивого стремления к близости — до холодности и отвержения. Это приводит к *алекситимии*, потому что нарушения в отношениях причиняют вред способности чувствовать (см. ниже) (нарушение второй ФМ).

Пикарди и др. [Picardi et al., 2005] видят в алекситимии очень *устойчивый способ поведения* (похожий на свойство личности), связанный с ранним опытом *неустойчивых связей в отношениях* (нарушение второй ФМ), — который может встроиться в структуру *личностных черт*.

Е. Другие авторы, говоря о расстройствах, тоже указывают на *нарушения в отношениях* (childhood adversities<sup>24</sup>), присовокупляя к ним ранние психические и биологические *стрессы* [Loeb 2008, p. 4; Fellitti и др., 2007]. Рудольф [Rudolf, 2008] показал (правда, в исследовании с небольшой выборкой), что биографии 100% пациентов серьезно отягощены на ранних этапах жизни; причем среди тяжелых обстоятельств доминирует слабая доступность родительской референтной фигуры (86%) (вторая ФМ). 21% подверглись травматизации, 23% — грубому небрежению нуждами, 26% были ограничены в возможностях получения образования, 16% получили профессию не по своему выбору.

Рудольф делает отсюда вывод о *депрессивной соматизации* (вторая ФМ): «Биографически нарушение вытекает из выраженного несоответствия между высокой врожденной потребностью ребенка в связях и отношениях и недостаточностью или противоречивостью посланий от значимых фигур». Оказала влияние не только нехватка близости, но и «опыт заброшенности ... (и) страстное желание <...> обрести для себя доброжелательного другого...» (там же). Жалобы или агрессия видятся психосоматическими пациентами как заведомо безнадежные или даже невозможные. «Отсюда вытекает выраженно отрицательное восприятие себя, ... которое, в силу чувства собственной никчемности... обесцени-

---

<sup>24</sup> Неблагоприятная атмосфера в детстве (англ.) — *Прим.перев.*

вает помощь, которую ему оказывают» (там же) (третья ФМ). Как следствие, возникает «эмоциональное напряжение при длительной нагрузке ... завышенные требования к себе и истощение ... стойкое симпатикотоническое возбуждение с постоянно повышенным мышечным тонусом и пониженным кровяным давлением, а временами — полный упадок сил...» (там же).

Последствия, например, несчастного случая, такие пациенты<sup>25</sup> переживают с тревожной мнительностью. Их пассивность и беспомощность особенно заметны, когда полученные повреждения объективно незначительны; окружающие часто расценивают их поведение как симуляцию (что напоминает картину первой ФМ).

Из-за «структурного дефицита заботы» пациенты часто не способны понимать или различать свои чувства (вторая ФМ); им «недостает эмоционального понимания собственных телесных ощущений» (там же).

Тяжелый социальный опыт детства и ранней юности принципиально повышает вероятность развития личностных нарушений (третья ФМ) и хронических депрессий (вторая ФМ).

Г. *Алекситимия*, «a-lexi-thymia», — трудности в «чтении» чувств. Обращает на себя внимание заметная жесткость осанки психосоматических пациентов, бедность их жестикуляции и мимики [Sifneos, 1973]. Порой наблюдаются короткие, бурные эмоциональные вспышки, которые внезапно сходят на нет; при этом запускающий их механизм часто остается непонятным [Nemiah & Sifneos, 1970]. Исследователи (Nemiah, Freyberger & Sifneos 1976, [цит. по: Uexkuell, 2008]) приводят следующие основные особенности этих пациентов.

- Испытывают трудности в *идентификации* и описании чувств (вторая ФМ).
- С трудом *различают* чувства и телесные признаки эмоционального оживления (вторая ФМ).
- Обладают недостаточно развитым воображением, сниженной способностью к *фантазии* (третья ФМ — снижена интенсивность внутренней жизни, отсутствуют креативность и способность генерировать разнообразные идеи).
- *Обладают ориентированным вовне* мышлением; вместо чувств описывают сопутствующие детали; мышление определяется скорее внешними событиями, чем чувствами [ср. также: Fava и др., 2001] (потеря самости третьей ФМ + компенсация за счет первой и четвертой ФМ).

Все эти особенности говорят о нехватке или полном отсутствии сознательного эмоционального опыта (вторая ФМ).

---

<sup>25</sup> Все сказанное в настоящей статье относится к мужчинам и женщинам в равной степени. Мужской род используется из соображений удобочитаемости.

Факторный анализ позволяет выделить три момента [Bagby и др., 1994; приведено по: Grabe и др., 2009]:

- трудности при идентификации чувств (вторая ФМ)
- трудности при вербальном описании чувств (вторая ФМ)
- ориентированный вовне стиль мышления (истерические составляющие + компенсаторные первая и четвертая ФМ).

Папсиак и др. [Parsiak и др., 1985] выдвинули для понимания алекситимии *гипотезу разделения*, согласно которой у пациентов, страдающих алекситимией, ярко выражена рассогласованность между оценкой непосредственных эмоций и соответствующих им телесных реакций. Вместо чувств пациенты воспринимают лишь сопровождающие их телесные (вегетативные) реакции, которые интерпретируют как сугубо телесные симптомы [Taylor, 2000]. Однако вопрос об истинности этой гипотезы остается открытым; на этот счет однозначных выводов пока нет [Leweke, 2009].

Кристал [Krystal, 1988] считает, что причина алекситимии — «реакция регресса, в которой заключен довербальный, досимволический психический способ реагирования, призванный дать пациенту возможность *избежать тяжелых переживаний*, вызванных травмой» (он работал с детьми-жертвами Холокоста и сексуального насилия). Эмоциональность таких пациентов замирает [Krystal, 1978]. Кроме того, он обнаружил сниженную способность пациентов заботиться о себе [приведено по Uexkuell, 2008].

Алекситимия, по сути, не заболевание, а «...следствие адаптации к субоптимальным<sup>26</sup> условиям развития», которое представляется «предпосылкой уязвимости, фактором риска возникновения психосоматических заболеваний — поскольку эмоциональная коммуникация играет ключевую роль в преодолении стрессов и межличностных конфликтов с минимальными потерями» [Franz, 2009]. В настоящее время алекситимию считают результатом дефицита «понимающего отражения» детских аффектов со стороны взрослого (матери!), причем «основную роль в эмоциональном обучении играет лицо» [Franz, 2009].

Сегодня полагают бесспорным [Uexkuell, 2008], что алекситимия «косвенно участвует в возникновении заболеваний» — также вследствие низкой активности системы здравоохранения [для создания более полного представления об этом вопросе см.: Grabe и Rufert, 2009].

*Резюме:* С позиций экзистенциального анализа особый интерес представляет тот факт, что практически все модели психопатогенеза

---

<sup>26</sup> *Субоптимальное решение* — решение, оптимальное по одному из критериев, без учета остальных, — *Прим. перев.*

указывают, по сути, на преобладание дефицита или конфликтов на второй и третьей ФМ, и нередко — на компенсации за счет первой и четвертой. Психосоматическая модель М. Виршинга указывает и на ущерб, нанесенный первой и четвертой ФМ человека, что соответствует экзистенциально-аналитическому пониманию личностных расстройств.

#### 4.2. Модели, ориентированные на ресурсы

Другой — комплементарный — подход к духовно-телесному единству предлагает совершенно противоположный путь. Исследованию нарушений и отслеживанию патогенных причин этот подход противопоставляет вопрос о причинах здоровья. Какие психические факторы способствуют поддержанию душевного здоровья? Ниже представлены некоторые из таких моделей.

А. *Салютогенез* — концепция происхождения здоровья. *Антоновский (Antonovsky)*<sup>27</sup> исходил из наблюдения, что евреи-жертвы Холокоста встретили одинаково ужасную судьбу очень по-разному, разными были и последствия. Люди эмоционально сильные и сохранившие доброе отношение к другим, оказались более защищенными и устойчивыми перед ударами судьбы. Антоновский считал здоровье процессом, течение которого не связано с развитием болезни, но которое снижает общую восприимчивость к ней (уязвимость) и становится, таким образом, защитой [Antonovsky и др., 1994; приводится по: Wirsching, 1996].

В центре этой модели — *чувство когерентности* (sense of coherence). «Чувство когерентности — общая направленность личности, выражающая степень ее проникнутости живым доверием к тому, что *стимулы*, приходящие к человеку из внутреннего и внешнего мира, упорядочены, объяснимы и *предсказуемы*; что в его распоряжении есть ресурсы для ответа на требования, эти стимулы порождающие, и что эти требования — вызов, который стоит усилий и вовлеченности» [Antonovsky et al, 1997].

Чувство когерентности включает в себя три компонента:

- чувство *постижимости* (sense of *comprehensibility*) ⇒ порядок и контекст (первая и четвертая ФМ);
- чувство управляемости или преодолемости (sense of *manageability*) ⇒ «мочь» (первая ФМ);
- чувство осмысленности или значимости (sense of *meaningfulness*) ⇒ (четвертая ФМ).

Чувство осмысленности или значимости говорит о том, насколько эмоционально осмысленной видит человек свою жизнь: ценны ли для

---

<sup>27</sup> *Аарон Антоновский* (1923—1994) — израильский социолог, работал на стыке медицины и социологии. — *Прим. перев.*

него хотя бы некоторые требования и задачи, которые ставит перед ним жизнь; вкладывает ли он силы в решение этих задач, старается ли ради них, берет ли их на себя; воспринимает ли их скорее как *желанный вызов*, а не как бремя, от которого он с радостью бы избавился.

Эти мотивационные компоненты Антоновский считает важнейшими составляющими чувства когерентности, потому что без проживания осмысленности человек склонен воспринимать жизнь в первую очередь как груз, и каждая новая задача становится для него мучкой.

По Аарону Антоновскому, в фокусе концепции салютогенеза находится не страдание, а содержащийся в стрессе *потенциал здоровья*. В любых обстоятельствах присутствует и возможность здорового развития. Даже к симптомам болезни можно подходить с такой меркой.

**ПРИМЕР.** С точки зрения салютогенеза, головная боль — указание на возможность вернуться к гомеостазу. Проявления ригидности могут быть частью целительных психических структур, на которые можно опираться при оказании помощи. Если головную боль снять медикаментозно, пропадет и побуждающий к исцелению сигнал. Образно говоря, это значит отключить пожарную тревогу вместо того, чтобы бороться с огнем.

Чувство когерентности защищает нас тремя способами:

«Событие (раздражитель), которое у человека с низким чувством когерентности (ЧК) вызывает напряжение, человек с развитым ЧК при известных условиях может воспринять как нейтральное (“первичная оценка I”).

Но и в том случае, когда человек с выраженным чувством когерентности переживает раздражитель как фактор стресса, у него сохраняется способность различать, опасен ли этот раздражитель, благоприятен или несущественен (“первичная оценка II”). Если фактор стресса ощущается как благоприятный или нейтральный, то связанное с ним напряжение хоть и воспринимается, но одновременно человек чувствует, что напряжение прекратится и без задействования его ресурсов. Раздражитель, который вызвал напряжение, переопределяется в не-раздражитель.

Ну и, наконец, <...> когда переживаемый фактор стресса опознается как потенциально угрожающий, у человека с высоким чувством когерентности не возникает ощущения, что он действительно в опасности. Его защищает базовое доверие — вера в преодолимость неблагоприятных обстоятельств. Кроме того, по мнению Антоновского, люди с высоким ЧК откликаются на угрозу адресным выражением адекватных ситуации чувств (например, выражают гнев по определенному поводу), тогда как те, у кого ЧК низкое, реагируют скорее эмоциями диффузными,

слабо контролируемые (например, слепой яростью) и теряют способность к действию, потому, что не верят, что трудности преодолимы («первичная оценка III»)» [Bengel и др. 2001].

Соображения Антоновского во многом опираются на транзактную модель стресса Лазаруса и Фолкмана [Lazarus, Folkman, 1984]. Резюмируем еще раз другими словами.

1) Люди с высоким чувством когерентности видят в трудностях *не бремя*, а вызов; у них не возникает напряженности (первичная оценка I).

2) Стрессовая ситуация *оценивается* как угрожающая здоровью, благоприятная или нейтральная. В двух последних случаях человек с развитым чувством когерентности воспринимает ситуацию как придающую силы (первичная оценка II).

3) Чувство когерентности влияет на оценку человеком своих возможностей справиться с проблемой и на его эмоциональное состояние. Люди с сильным чувством когерентности *видят проблемы более конкретно, способны отделить главное от второстепенного*. Их эмоции появляются более направленно, менее диффузно (первичная оценка III).

В. *Hardiness*<sup>28</sup>. Термин введен психологами Салваторе Мадди и Деборой Хошабой [Salvatore Maddi, Deborah Koshaba, 1994]. Речь идет о «сопротивляемости» или, может быть, лучше сказать, о той «структурной устойчивости» к стрессам, которая препятствует возникновению заболеваний. Как и чувство когерентности, жизнестойкость складывается из трех компонентов:

- *commitment* (вовлеченность, приверженность) — стремление человека отождествлять себя со всем, с чем он связан, и с тем, что он делает, и отстаивать «свое». Установка на приверженность, в противоположность пассивной позиции и поведению избегания, означает интерес к жизни и высокую мотивацию к деятельности (⇒ идентификация в отношениях: вторая и третья ФМ);

- *control* (контроль). *Противоположность беспомощности*. Люди с высоким уровнем контроля верят в возможность влиять на ход событий своей жизни. Течение жизни, ее события не подавляют их и не воспринимаются как нечто чужеродное, поскольку они верят в возможность влиять на обстоятельства и видят в своем распоряжении множество различных ресурсов и решений (⇒ «мочь»: первая ФМ);

- *challenge* (вызов) — позиция, означающая, по существу, не угрозу, а *позитивные возможности*. Люди, воспринимающие превратности судьбы как вызов, считают переменчивость неотъемлемым свойством жизни.

---

<sup>28</sup> Российские авторы переводят «hardiness» как «жизнестойкость». — Прим. перев.

ни. С их точки зрения, перемены несут скорее возможность обретения нового опыта и толчок к дальнейшему развитию, чем угрозу стабильности и безопасности. Преодолевать препятствия значит для них чему-то учиться (⇒ чувство осмысленности: четвертая ФМ).

Эти три характеристики слабо отличаются от аналогичных у Антоновского. Commitment несколько активнее, чем чувство постижимости у Антоновского, Control соответствует управляемости, Challenge — осмысленности.

**С. Базовые измерения поведения совладания**, модель копингов, предложенная в 1988г. Филиппом и Клауэром (Filipp & Klauer) [Uexkuell, 2008]. Эта модель описывает общие психологические факторы, способствующие преодолению стресса.

1. **Фокус внимания** — «быть в контакте с реальностью», когда переживаешь кризис; внимание направляется в эпицентр страдания. — В данных по этому поводу нет единства: некоторое отвлечение оказывается иногда тоже полезным (⇒ первая ФМ).

2. **Социальные связи** и потребность в участии, помощи окружающих (⇒ вторая ФМ).

3. Уровень **реакции**: приписывание событиям, например, смысла; преодоление эмоциональной нагрузки (что приводит к внутриспихическому снижению напряжения) или проблемнофокусированный копинг [Lazarus, Folkman, 1984] (⇒ четвертая ФМ: действие и контекст).

Необходимо также сказать о двух общих профилактических подходах, родившихся из практики психотерапии.

**Д. Карл Роджерс** описывает необходимые условия успешного психотерапевтического процесса в диалогической психотерапии — *эмпатию, уважение и аутентичность*. В то же время, эти гуманистические ценности можно рассматривать и как факторы, способствующие сохранению здоровья (⇒ вторая и третья ФМ).

**Е. Логотерапия Виктора Франкла** сосредоточена вокруг добросовестно найденных ценностей, представляющих экзистенциальный смысл. Франкл неоднократно указывал — и сам был тому примером, — что найденный смысл дает силы, чтобы перенести самые тяжелые обстоятельства и выстоять (⇒ вторая, третья и четвертая ФМ).

## **5. Экзистенциально-аналитическая модель психосоматических нарушений**

Психосоматическое расстройство, в широком смысле, — патогенное влияние, оказываемое психикой на тело [Gathmann, 2000]. Психические конфликты, проблемы, страдания, дефициты не остаются в области психического и не обрабатываются психически-духовно, а, по



выражению Фрейда [Freud, 1952], «трансформируются» в телесные дисфункции и нарушения, связь которых с психикой зачастую уже не видима. Как этот процесс представлен в антропологической модели ЭА?

Совершенно очевидно, что центральной проблемой при психосоматических расстройствах является проблема с чувствованием и согласованием с собой при взаимодействии с нагружающими факторами. Этот тезис является общим для всех моделей психосоматики. Как будет показано ниже, на этот общий фундамент соматизирующих расстройств накладывается сугубо соматический процесс — благодаря предрасположенности, ослабленности, нанесенному ранее ущербу и/или психической репрезентации деятельности органа происходит выбор «органа-мишени», который до некоторой степени способен пролить свет на вопрос, почему поражен именно тот, а не другой участок организма. В этот процесс вносят свой вклад и социокультурные проблемы [Blankenburg, 2007, p. 211 и далее].

С точки зрения феноменологической антропологии, проблематика психосоматических расстройств затрагивает две из четырех фундаментальных мотиваций, а именно — вторую и третью. *Вторая ФМ* отвечает, в числе прочего, за понимание значения события или переживания для нашей жизни. Это возможно благодаря способности *чувствовать*. В *третьей ФМ* мы фокусируемся на Собственном<sup>29</sup> и его отграничении от пережитого — что позволяет к нему так или иначе отнестись. Для этого, кроме понимания своих чувств, требуется еще и *чутье*, чувство внутреннего согласия. Похоже, что при психосоматических расстройствах одновременно нарушены обе эти *способности чувствовать*. Такая точка зрения соответствует упомянутым выше теориям, если они подвергаются феноменологическому метанализу.

Другие ФМ остаются нетронутыми: на объективность в отношении к миру, его восприятие, обхождение с фактами, умение чувствовать опоры (первая ФМ) эта блокада внутренней жизни не распространяется. Психосоматические пациенты сохраняют трезвую реалистичность и, вообще говоря, способности 4-й ФМ — распознавать взаимосвязи и контексты и действовать в них. Правда, без согласия с собственными чувствами и опоры на чутье эта способность превращается скорее в утилитарное функционирование, в котором нет внутренней, прочувствованной вовлеченности.

Итак, в модели феноменологической антропологии характерные для психосоматических расстройств изменения затрудняют процессы вто-

---

<sup>29</sup> «Собственное» — термин, понятие экзистенциального анализа

рой и третьей ФМ, в то время как функции первой и четвертой сохраняются; более того: их вклад компенсаторно увеличивается (рис. 4).

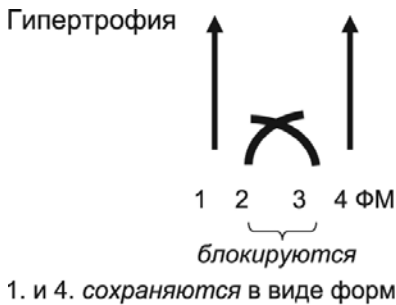


Рис. 4. Графическое представление модели психосоматики в ЭА

В таких случаях сохраняется *отношение с внешним*: взаимодействие с материальным миром и включение в целесообразные контексты происходит без ограничений. Но в этом функциональном существовании отсутствует *жизнь*. В нем нет *проживаемого отношения* к ценностям и *воспринимаемого чутьем отношения к собственному*, к лично значимому. При том, что сенсорное и когнитивное восприятие остаются незатронутыми.

С точки зрения общего **психопатогенеза**, психосоматическое расстройство отличает в первую очередь феномен **блокады**, затрагивающей **одновременно и в равной степени вторую и третью ФМ**. В клинических случаях они поражены особенно сильно.

**Компенсаторно** усилена активность **первой и четвертой ФМ**; без **действия второй и третьей ФМ** эта активность оборачивается сплошным функционированием. (Любопытно, кстати, что феноменология **ресурсо-ориентированной модели** рассматривает усиление функций первой и четвертой ФМ как ресурс для сохранения душевного здоровья.)

**Нозологически** эта картина означает, что психосоматическое расстройство, строго говоря, отличается от **личностных расстройств**, поскольку при нем одинаково тяжело поражены сразу две ФМ; а при личностных расстройствах доминирует нарушение одной — представляющей его ядро. Это объясняет, почему считается, что личностное расстройство вполне может привести к формированию психосоматической личности

<sup>30</sup> Близость психосоматических расстройств к личностным подчеркивают и практические примеры сходных копинговых реакций. При личностных рас-

[см.: Wirsching, 1996] — если будут затронуты другие ФМ<sup>30</sup>. Также можно себе представить, что нарушение на личностном уровне возникает только временно.

В психосоматическом нарушении содержится и меньше черт невроза, потому что нет сопровождающего невроз самонаказания. Поведение психосоматических больных направлено не против них: они ведут себя, по своему ощущению, «нормально». Это само собой разумеется — жить, ориентируясь вовне. — Эта «онтологизация» своего переживания («это так и есть!») приближает психосоматическое нарушение к личностному расстройству.

С точки зрения *терапии*, эта нозология представляет большую сложность, чем при неврозах — в которых затронута только одна ФМ.

Эта модель ЭА во многом пересекается с вышеупомянутой *гипотезой разделения* Папсиака [Pacsiak и др., 1985], которой пытались объяснить возникновение алекситимии. Так, следуя этой гипотезе, мы могли бы сказать, что переживание не находит своего отражения в чувствах человека — или находит, но в сокращенном виде, — в то время, как восприятие телесно-вегетативных реакций, сопровождающих чувства, может происходить без помех. Но эти реакции, не будучи связаны с его эмоциями, для самого человека непонятны (что, с точки зрения ЭА, совсем не обязательно приводит к ошибочным когнитивным «интерпретациям» телесных реакций<sup>31</sup>). Оставшаяся не понятой телесная реакция поглощает внимание, и, кроме того, благодаря смягчению эмоций и возбуждения, приобретает большую интенсивность. Благодаря изучению эффекта в сходных обстоятельствах, телесная реакция связывается с содержанием (зачастую нераспознанным, в своей жизненной значимости не понятным, потому что не чувствуемым), и тогда опыт приходит несистематизированно и неожиданно, а не удовлетворяемая нужда в его обработке становится все сильнее. Благодаря дальнейшим переживаниям, таким, как борьба, ожидание, страх или потрясение, может происходить генерализация непонятых телесных реакций.

В качестве причин возникновения психосоматических заболеваний принимаются во внимание *разнообразные и различающиеся между собой*

стройства преобладают активизм и рефлекс мнимой смерти наиболее нарушенной фундаментальной мотивации. При психосоматических — доминирующим представляется активизм второй ФМ и рефлекс мнимой смерти третьей (см. ниже). — В свете практических примеров особенно понятен спор о том, идет ли при психосоматическом расстройстве речь о независимом личностном расстройстве или нет: очень велико сходство, но есть и различия.

<sup>31</sup> Здесь позиция ЭА расходится со взглядами авторов гипотезы разделения.

*факторы*. Они могут влиять причинно и/или способствовать возникновению заболевания: генетическая и/или психическая предрасположенность (особенности личности), травмирующие отношения в детстве и/или дальнейшей жизни, травма вообще; в школе — процессы обусловливания и культуральные влияния, прежде всего, отношение в культуре к телу и чувствам, и т.д. Решающим оказывается воздействие на психическое устройство, а именно — на структуру психики, как мы называем фундаментальные мотивации. Они имеют большое сходство с тем, что Эпштейн [Epstein, 1993], а потом — и Граве [Grawe, 2004], называют «базовыми потребностями».

Как комбинация этих этиологических категорий приводит к блокаде второй и третьей ФМ? Причины психосоматических нарушений (этиология) влияют на ФМ следующим образом.

**Вторая ФМ.** В результате *травм и дефицитов* в межличностных отношениях обедняется переживание близости, и в итоге — чувств. Может быть и так, что сфера чувств болезненна изначально. Интенсивность непереносимости этого ощущения до какой-то степени снижается в результате выхода из отношений и мира чувств. Отношение к вещам и задачам переживается как более безопасное и менее болезненное. Благодаря обедненности сферы отношений множится активная деятельность с характерной потребностью «довести все до конца» и достичь успеха; при этом трудно сделать что-то для самого себя. Однако когда «накипело», может произойти затопление аффектом. Эмоции интегрированы недостаточно [см.: Frischenschlager, 2008].

Вследствие такого развития не принимается в расчет субъективное «нравится», которое представляет собой ориентир для принятия решений; на смену ему приходит суррогат ценности — рациональные или общепринятые нормы, обязанности и выгода.

**Третья ФМ.** Непонятное в отношениях с другим, прежде всего, непредсказуемость (например, внезапную смену настроения), люди связывают с собой, считают себя причиной особенностей в поведении других. Таково следствие нехватки персональных встреч, дефицита таких отношений, в которых в человеке видят Person. В результате наносится ущерб самооценности, пониманию себя и автономному развитию, формируется неуверенность в себе и самоотчуждение.

Длительное переживание *боли* в отношениях или частые ранения от реакций близких, страдающих *личностными расстройствами* и т.п., приводят к внутренней *отстраненности*, к таким болезненным переживаниям, как отчуждение, обесценивание, чувство уязвленности и т.п.; если такое положение сохраняется, то может наступать *диссоциация* чувств (первая и четвертая копинговые реакции третьей ФМ: «уход на

дистанцию» и «рефлекс мнимой смерти»<sup>32</sup>). В такой расщепленной форме чувства уже не могут быть полно пережитыми и опознанными, а следовательно, больше нет возможности «прочесть» и понять их.

Так что в *ориентировании* нет личного чувства *правильного*; место чутья занимает (формальный) долг.

Эта блокада ведет, в числе прочего, и к тем симптомам, которые приводятся в концепции *алекситимии* [Ruesch, 1948; Sifneos, 1973], и состоит, прежде всего, в недостаточной способности к вербализации эмоциональных содержаний, обедненности фантазии, зависимости от отношений и подчеркнута «нормальному поведению» (см. гл. 4). Франц Александер [Franz, 2009] пишет о том, что в алекситимии представлен полюс, противоположный эмпатии. Люди с психосоматическими расстройствами не могут (а чаще всего не хотят) входить в контакт с самими собой.

Перечисленные изменения второй и третьей ФМ влияют и на первую и четвертую ФМ; впрочем, эти нарушения касаются первой и четвертой ФМ не полностью, так как они лишь косвенно затронуты вторичным воздействием основного нарушения.

Так, в *первой ФМ* может развиваться неуверенность (см. ниже) в устойчивости и достоверности:

- *отношений* — и, соответственно, нерешительность в контактах и обособлении (как результат слабых привязанностей — 3-я ФМ, и дефицита доброжелательного внимания — 2-я ФМ);
- *встреч* (вследствие, например, опыта переживания сугубо практического интереса к себе — 3-я ФМ);
- *собственных чувств* (в результате внезапной смены противоречащих друг другу эмоций, вроде колебаний между сильной радостью и внезапной обидой).

На уровне *четвертой ФМ* — *чувство пустоты* и слабое ощущение своей включенности в большие структуры<sup>33</sup>. Вместо того, чтобы ориентироваться на (ощущаемый) смысл, психосоматический пациент стремится к цели — благодаря чему имеет высокую склонность к *функциональности* и тенденцию к *использованию: как себя, так и других*. Не вос-

---

<sup>32</sup> Встает вопрос, не большая ли здесь доля третья ФМ, чем второй: ведь «рефлекс мнимой смерти» второй ФМ (пассивное и бездеятельное состояние, бессилие с постоянной усталостью и эмоциональной холодностью, безразличием и истощением) едва проявляется, а копинговые реакции третьей ФМ активны почти постоянно.

<sup>33</sup> Имеется в виду способность к трансценденции — переживанию своей включенности в «большой» горизонт: больший по значимости, чем сам человек и его жизнь. — *Прим. науч. ред.*

принимая различия между смыслом и целью, он считает цель смыслом и он полагает свою жизнь им наполненной. Приспосабливаясь к контексту, наполняет его не собой, а внутренне пустым функционированием, что надо понимать не как копинговую реакцию, а как проявление его структурного потенциала.

Именно при условии этих функционально не поврежденных ФМ возникает обратная реакция. Вследствие усиленной включенности первой и четвертой ФМ происходит перестройка, которая заключается, прежде всего, в **соматизации** и **функционализации**. На основании тенденций к целесообразности, определенности, объективности (первая ФМ) и функционализма (четвертая ФМ) осуществляется чрезмерное использование телесности (вне отношений) и целенаправленная (вместо исполненной смысла) жизнь. При таком положении дел переживание выражается **не чувством и не чутьем, а возможностями и долженствованиями**. То есть *собственная ценность* заключается для психосоматического пациента в том, что он может (смещение третьей ФМ к первой). Он не чувствует ценности бытия Person в себе самом, по ту сторону способностей, умений и достижений. Он не может испытывать радость, она дана ему только в достижении цели и успеха (смещение второй ФМ на четвертую). В управляемой целесообразностью и рассудительностью, **согласованной** таким образом жизни отсутствует знание себя и чуткость к себе. Не чувствуются напряжения (вторая ФМ) и не ощущаются их требования (важный принцип салютогенеза и жизнестойкости) (третья ФМ); для этого напряжения мгновенно мобилизуют дееспособные ФМ (первая и четвертая) и используют их возможности («мочь»). Как самоценность, критика, напряжение и радость питают прагматически полезную деятельность, так *и тело ставится на службу целесообразности* (в переживании представленное сугубо как объект). То есть они подходят к телу лишь с позиций возможностей и долженствований, без чувства и чутья. Это усиливает объективизацию отношения к телу — благодаря собственному обращению к объекту здравомыслящим субъектом.

Однако к усиленному использованию тела и психосоматическому функционированию пациента приводит и другой дефицит. Из-за блокировки способности чувствовать жизнь не может вполне состояться во внутреннем мире. Чтобы еще мочь ее вообще ощущать, *тело* приобретает больший вес и большее значение. Ему достается большее внимание и уважение. Не-чувствуемое реализуется телом, потому что оно — вместе с действием — оставшаяся *возможность выражения*. Другое пространство переживаний — функции. При таких *практических задачах* жизнь оказывается выполненной (не «прожитой»), потому что чувство и самость не создают плоскости проекции для переживания; только те-

ло и результат. — Вся жизнь разыгрывается у объективизированного тела и в целесообразности.

Из-за этого отсутствия ощущаемой внутренней жизни психосоматический пациент попадает во внешнюю перспективу относительно тела и большего контекста. И то, и другое он рассматривает как объекты — конкретно, функционально, без связей. Внутренняя перспектива (замечание переживания) изменена и не представлена.

## 6. Симптоматика с позиций феноменологической антропологии ЭА

Наряду с приведенными основными чертами психосоматического переживания нужно еще сказать о тех дальнейших, производных, характеристиках *симптоматики поведения и переживания*, которые частично сочетаются с «психосоматическими» МКБ-диагнозами соматизации F 45, диссоциативных (конверсионных) расстройств F 44 и невротизации F 48.

### Вторая ФМ.

Из-за слабости эмоционального *отношения к телу* его сигналы не ощущаются в достаточной степени, присутствует «не удавшаяся коммуникация психосоматического больного с его телом» [Kutter, 1981 в Wilke, 1996]. Рудольф [Rudolf, 2008] формулирует это похожим образом: «нет эмоционального понимания телесных ощущений».

Преобладает своеобразная *неуверенность в своих чувствованиях*, или *нечувствительность*: при обсуждении аффективно значимых тем даются лишь робкие, скудные или неопределенные ответы. Например, женщина не может сказать, приятно ли ей, когда партнер касается ее, и что она при этом чувствует.

Чувствам противостоит принципиально *негативистская позиция*. Люди, выросшие в условиях большой жесткости и строгости, интериоризируют этот стиль жизни и даже заявляют своим жизненным принципом. «Мягкость», т.е. эмоциональность и чувствительность, считаются слабостью. Такое отношение, как симптом, часто сопровождается болью. Потому что этот человек так к себе относится и так с собой обращается, что жизнь причиняет ему боль. Поскольку при этом он не может испытывать ее напрямую, то ощущает *боль в теле*. Дальнейшие следствия такой позиции — человек не испытывает и *расположенности* («нравится»), у него нет этой категории. Вместо этого он внимателен к цели, успеху, достижениям или признанию и совершенству: вопрос о том, доставляют ли они ему радость, находясь вне его интересов и восприятия, не важен.

Рудольф обнаружил в маленькой, состоящей из 45 пациентов группе испытуемых «грубую раннюю биологическую отягощенность у 100%... Недоступность родительских фигур — у 80%.» Вследствие **отсутствия отношений** с близкими другими происходит задержка или блокировка эмоционального развития (см. теорию эмоций в ЭА [Лэнгле, 2008]). Минухин и др. [Minuchin, 1978] говорили даже о «**психосоматической семье**», которую характеризуют ригидность, «enmeshment»<sup>34</sup> (вмешательство, запутанность<sup>35</sup>, — что наиболее соответствует третьей ФМ из-за легкости нарушения границ) и избегание конфликтов (нехватка позиции тоже указывает на третью ФМ).

Последний пункт приводит нас уже к теме отсутствия дифференцирования эмоций. Врожденные аффективные схемы присутствуют там, где могло бы выражаться нечто собственное, персональное. Эти незрелые аффекты — «неперсонализированные» реакции (в ЭА это рассматривается как тема третьей ФМ). Часто говорят о «**дезинтегрированных аффектах**» [например, Frischenschlager, 2008], при которых оказываются невозможными деятельность и выражение, в результате чего доступ к переживанию и пониманию (интерпретации чувств) искажается (там же). Это также приводит к неспособности эмоционально согласовываться с обстоятельствами и взаимодействовать с ними, что компенсируется преувеличенным формальным приспособлением и обеспечивает сравнительно бесппроблемную внешнюю сторону жизни, при этом, конечно, заблокированные аффекты иногда могут прорываться наружу. Икскуль [Uexkull, 2008] считает психосоматические заболевания расстройствами «нарушения адаптации».

Внезапное начало заболевания сопровождается типичными эмоциональными состояниями отчаяния, поражения, печали, депрессии. «Ощущение невозместимой утраты, длительное переживание лишений» приводят к состоянию **беспомощности** и безнадежности<sup>36</sup>. Беспомощность такого рода может пониматься как нехватка витальной силы, результат слабой эмоциональности. Продолжительный дефицит в проживании ценностей второй ФМ, связанный с состоянием беспомощности и пр., приводит к тому, что психосоматический больной испытывает высокую **потребность в участии**<sup>37</sup> и внимании окружающих<sup>38</sup> (что от-

---

<sup>34</sup> «Зацепление», «сцепление»: англо-русский инженерный словарь. — *Прим. перев.*

<sup>35</sup> Другие переводы этого слова — «свойлачивание» и «взьерошенность». — *Прим. перев.*

<sup>36</sup> Engel, Schmale, 1987, приведено по: Wilke, 1996.

<sup>37</sup> Filipp и Klauer, 1988; см. выше.

<sup>38</sup> Balon, 2005; см. ниже.



носится к третьей ФМ), и умеет сделать так, чтобы получить их. И все-таки он не может включаться в по-настоящему со-чувствующие отношения. За этим стоит *экстернализированное* ожидание помощи. Больные считают, что помощи можно ждать только снаружи, убеждены, что изнутри она прийти не может; это соответствует реалистичности их восприятия. Такое ожидание внешней помощи нередко — при ее бессилии — превращается в ожидание помощи *магической, чудесной*. Тем не менее, *позитивное принятие* и хорошая психолого-социальная поддержка способствуют преодолению болезни и, без сомнения, снижают время пребывания в больнице<sup>39</sup>. Эта взаимосвязь — важный прогностический фактор.

### Третья ФМ.

Балинт [Balint, 1970] видел в психосоматическом заболевании «базовое расстройство», которое Вилке [Wilke, 1996, p.351] назвал *неустойчивым самоощущением*. Пациенты говорят о своей потребности в «постоянном присутствии кого-то, кто защищал бы их самих и их целостность» (там же). Психосоматические пациенты отмечены перфекционизмом, строгим отношением к себе, поиском признания. Неспособность к установлению эмоциональных отношений (2-я ФМ) продолжает расцветать и в этом измерении. При психосоматическом функциональном расстройстве человек не способен устанавливать контакт не только со своими чувствами, но и с самим собой. Именно в этом состоит сквозная и основная характеристика психосоматического: в *утрате внутренней жизни* (в слабости эмоциональной жизни и соотношения с собой).

Эта слабость ощущения себя компенсируется (или, кроме того, опеределяется) высокими притязаниями на успех. Фришеншлагер [Frischenschlager, 1982] рассказывает о 24-летнем студенте-медике, который научился от своего отца тому, что принципы нужно соблюдать, во что бы то ни стало. К этой строгости по отношению к себе самому добавилась еще и конкурентная борьба с братьями, сестрами, (все они были успешными и все получали высшее образование), которая была необходима для сохранения своего статуса в этой семье. Когда родители очень успешны, или когда успех высоко ценится в ближайшем окружении, тогда на самооценку детей оказывается чрезмерное давление.

Выраженную потребность в достижении успеха у 95 % группы, состоящей из 45 психосоматических пациентов, отмечает и Рудольф [Rudolf, 2008]. Такая ориентированность на успех присутствовала уже у 60 % детей: они брали на себя недетскую ответственность, которая узна-

---

<sup>39</sup> Bibl (2004) ссылается в этом вопросе на Vaillant.

ваемым образом и под видом преувеличенного служения ценностям оборачивалась завышенными требованиями к себе. «Похоже, что эти пациенты относятся к тем, кто с самого детства вместо свободного выбора и *самоопределения* чувствовали долг и свою обособленность» (там же) [см. также: Eisenberger и др., 2003].

Когда визави нет, к психосоматическому пациенту приходит чувство одиночества и внутренней пустоты. «Настоящий момент — экзистенциальное переживание. (...) Оно имеет важное клиническое значение: например, при патологических состояниях диссоциации может быть нарушена способность его воспринимать», — пишет Д. Стерн<sup>40</sup> [Stern, 2005].

### **Повышенная активность первой и четвертой ФМ.**

Преобладает внешнее, объектное отношение к себе и к собственному телу. Как уже было сказано выше, психосоматический пациент рассматривает тело как объект и, соответственно, не столько понимает, сколько объясняет симптомы *материальными*, естественнонаучными причинами. По Фришеншлагеру [Frischenschlager, 2008], утрата внутреннего видения и связанная с этим «дезинтеграция аффектов» — главный признак психосоматического заболевания. В беседе с врачом такие пациенты приводят лишь факты, почти никогда не сообщают сведения личного характера, не говорят о своих переживаниях. «“Я” приходит к врачу, принося с собой объект “мое тело”. — К объекту “мое тело” относится ощущение угрозы и пугающие мысли. — “Я” вручает объект “мое тело” врачу как могущественному помощнику и требует от него исцеления. — Сверх того “Я” мало интересуется “моей историей” и “моими событиями”, стоящими за жалобами тела». Такой схемой иллюстрирует Рудольф [Rudolf, 2008] отношение психосоматических пациентов к своему телу. Они ищут быстрых, действенных решений — требуют операций, лекарств, физиотерапии; они не расположены к переживанию, развитию, собственному участию в процессе лечения, они пассивны в том, что касается их тела. Недоступность собственных чувств, разобщенность с собой (дефицит во второй и третьей фундаментальных мотивациях) компенсируются деловитостью (первая ФМ).

Психосоматическим пациентам свойственен *рациональный* подход к проблеме.

Они прагматичны, предприимчивы, энергичны, прочно стоят на земле, уверенно чувствуют себя в рамках своих социальных ролей и

---

<sup>40</sup> Дэниэль Н. Стерн — профессор Женевского университета, профессор психиатрии медицинского центра Корнельского университета. Крупнейший современный детский психоаналитик и психиатр, исследователь современной психотерапии. — *Прим. перев.*

функций, крепко держатся за факты, что приводит к тому, что, как пишет де Мьюзан [de M'Uzan, 1978], их «реальность оказывается переполненной конкретным, осязаемым, фактическим». Их отношение к вещам и явлениям можно назвать предметно-действенным<sup>41</sup>, с характерным недостатком воображения и бедностью ассоциаций; Марти и де Мьюзан<sup>42</sup> называют такое мышление «*pensee operateure*»<sup>43</sup>. Нужно добавить, что ему, как правило, неведомы желания.

Психосоматические пациенты культивируют в себе стоицизм, никому и ничему не позволяя его поколебать.

Объективно тяжелые обстоятельства вроде финансовой нужды или экзистенциального страха (скажем, перед «провалом» в школе) приводят к возникновению жесткости и выносливости у того, кому нельзя «размякнуть» и лишиться сил к сопротивлению из-за своей восприимчивости к эмоциям и чувству. Вследствие этого тело, которое является основой для «я могу», утрачивает присущую ему спонтанность, а именно, способность трансцендировать себя и ощущение своего самочувствия [Blankenburg 2007, p.208].

## 7. Психопатогенез

Как показали исследования Икскуэля [Uexkuell, 2008] и Левеке [Leweke и др., 2009], психосоматические заболевания не просто сопровождаются другими психическими болезнями, а связаны с ними, в том числе — с посттравматическим стрессовым расстройством (ПТСР), зависимостями, депрессией, паническими и пограничными расстройствами (Borderline).

Понимание связи психосоматических болезней с другими следует из экзистенциально-аналитической антропологии (структурной модели) — хотя и не напрямую. Если в результате поражения второй и третьей ФМ соответствующие копинговые реакции превращаются в устойчивые способы реагирования, мы уже не говорим об отдельных психосоматических

---

<sup>41</sup> Ruesch, 1948 in: Wilke, 1996.

<sup>42</sup> Marty & de M'Uzan, 1978.

<sup>43</sup> *Pensee operateure* (оперативное мышление, фр.) — описанная П. Марти (1963) личностная особенность пациентов, страдающих психосоматическими заболеваниями. «Склонность к «оперативному мышлению» проявляется в шаблонности речи, мыслей и поступков. В первую очередь, к особенностям такого мышления относятся его стереотипность и «приземленность», отсутствие «полета мысли». Человек сосредоточен на сиюминутных конкретно-практических задачах, неспособен оторваться от обыденности, от «прозы жизни»; ему недостает воображения, у него заблокирована способность к творчеству. Кроме того, для него характерны эмоциональная сухость и скудость словарного запаса для описания эмоций», — пишет Сифнеос в статье «алекситимия». — *Прим. перев.*

реакциях или функциональных нарушениях; речь идет о *болезни*. Таким образом, с точки зрения экзистенциального анализа, вполне можно было бы считать *психосоматическое заболевание независимым, самостоятельным обусловленным*, несмотря на то, что в последнее время от этого видения отказались, так как попытки жестко свести симптомы к психической динамике себя не оправдали: гипотеза о прямой зависимости телесных болезней от психических процессов не подтвердилась.

С точки зрения нозологии, нарушения во второй ФМ приводят к депрессии, в третьей — к истерии. Симптоматика каждого из этих расстройств, в свете антропологической модели, позволяет сделать вывод, что обе болезни неизбежно активируются, когда блокированы соответствующие ФМ. Однако психосоматическое заболевание нельзя рассматривать как простую сумму депрессии и истерии. Особенность психосоматических расстройств состоит в специфическом сочетании этих заболеваний.

С точки зрения ЭА, психосоматическое заболевание — тяжелое нарушение, поскольку *телесная болезнь* сочетается в нем с *двумя психическими заболеваниями* и соответствующими устойчивыми<sup>44</sup> копинговыми реакциями. Такое сочетание двух противоположных по своей динамике психических расстройств приводит к своеобразному, очень необычному эффекту: оба нарушения в результате их взаимодействия существуют в ларвированной, т.е. скрытой форме. Говоря о психической нозологии психосоматики, мы исходим из того, что при психосоматических болезнях противоположно направленные депрессивный и истерический процессы друг друга сдерживают. Рассмотрим эти психические заболевания по-отдельности.

*А. Ларвированная, или соматизированная депрессия.* Сегодня мы редко слышим об этой форме депрессии, тогда как прежде ее описанию и исследованию уделялось много внимания — чит., например, П. Кильхольца [Kielholz и др., 1981]. Мы говорим о депрессии, которая как таковая на чувствах не отражается, а разворачивается лишь телесно. (В 1969 г. ее описал Уолшер, назвав ее «эндореактивной дистимией» [Walcher, 1969]). С точки зрения ЭА, депрессии возникают, когда человек не воспринимает ценность жизни — см. Лэнгле [Laengle, 2004 и 2008]. Но психосоматическое расстройство не сопровождается депрессивным ощущением, т.е. безразличием к ценности жизни: собственно говоря, само это не-чувствование оказывается не опознанным, не ощущается пациентом, так как он не знает о своем дефиците и не может его выявить. Да и как он мог бы его обнаружить, если не ощущает ни своего Я (что свойственно истерии), ни жизни (из-за депрессивного фона). В его распоряжении остается лишь *телесность, тело*; с ним одним пациент и связывает свою

---

<sup>44</sup> Дословно — «фиксированными», «закрепленными» — Прим. перев.

проблему. Параллельно сюда же подверстывается много **рационализаций**, объяснений, претендующих на **объективность**. И то и другое соответствует первой ФМ в экзистенциально-аналитической антропологии. Этому есть и эмпирические подтверждения: оказалось, например, что при соматизациях у 50% пациентов есть коморбидность с депрессией и страхами [Lowe et al, 2008]. Наличие тесной связи между соматоформными, с одной стороны, и депрессивными и тревожными расстройствами — с другой, привело к появлению дискуссии о том, нельзя ли рассматривать соматоформные расстройства как субкатегорию депрессивных и тревожных расстройств, отказавшись от диагностической самостоятельности соматоформных расстройств [van der Feltz-Cornelis & Balkom, 2010; Bach, 2010; Pfrengle, 2000, p. 11]. — Рудольф [Rudolf, 1998] описывает случаи депрессивных соматизаций, соответствующие прежней концепции ларвированной депрессии, когда пациенты отрицают свою депрессивность и делают все для того, чтобы не казаться депрессивными. — Согласно Катон [Katon, 1982], для возникновения соматизированного расстройства важно, может ли человек воспринимать, называть, упорядочивать и оценивать свои эмоции. «Если такая способность есть, то депрессия переживается как аффект и вербализуется. Если такая способность отсутствует, то депрессия воспринимается преимущественно или только как вегетативная или соматическая симптоматика. То есть соматоформные проблемы возникают тогда, когда пациент не «воспринимает» свое депрессивное настроение или не может адекватно выразить в речи свое психическое самочувствие» [Pfrengle 2000, 13].

Гартман [Gathmann, 1985] проводил различие между ларвированной депрессией и психосоматическими заболеваниями, что, на наш взгляд, отчасти правомерно, поскольку при психосоматическом заболевании ларвированная депрессия сочетается со следующим структурным расстройством — ларвированной истерией.

**Б. «Ларвированная» истерия.** Хотя структурные дефициты указывают на истерическое расстройство (см. «несентиментальный некролог» понятию «истерия» Хоффманна [Hoffmann и др., 1999] в контексте психосоматических нарушений), психосоматические больные не выглядят как эксплицитно истерические, они также не ведут себя как истерики, однако несут в себе истерическую динамику, — поэтому их истерию можно назвать «ларвированной» — термин, который в других значениях и контекстах не используется. При такой форме истерии [см., например, Laengle, 2006] человек не выказывает явной потребности оказываться в центре внимания любыми средствами — путем манипуляций, игры, потребительского использования. Характерная динамика присутствует; однако, смягченное противоположно направленным депрессивным рас-

стройством, истерическое нарушение позволяет пациенту действовать самостоятельно, не вовлекая окружающих в свою деятельность типичными для истерии способами. Но свойственная истерии копинговая реакция, «основное движение», сохраняется: пациент не может оставаться близким к себе в своем переживании, он от себя дистанцируется. В результате доминирует *истерический способ переживания* — с характерным не-чувствованием себя, ограниченным доступом к себе, *обращенностью вовне*, которая проявляется в направленности внимания и деятельности на внешнее. По этой же схеме происходит отделение психического напряжения и разлада от внутренних причин, выстраивание функциональных взаимосвязей и — посредством *диссоциации* — изоляция чувств. Но смещение конфликта от внутреннего к внешнему у психосоматического пациента не так велико, чтобы достигнуть области межличностных отношений, как это бывает при истинно истерическом и подобных ему расстройствах (например, нарциссическом). Конфликт не вовлекает окружающих, потому что смещению противодействует депрессивная составляющая, притормаживая эту динамику. Так что внутренние проблемы переносятся исключительно на «границу» — в область тела — или находят выход в функционализме. Деятельность, вследствие отсутствия контакта с собой, закономерным образом лишается внутреннего содержания и регулярно подменяется функционированием. *Функционализм*, в сочетании с динамикой диссоциированных чувств, переводит часть психической энергии в деятельность, (т.е. не вся энергия трансформируется в телесные симптомы). Хотя «исполнение» долга и следование общей задаче объединяет человека с окружающими (что противоречит пониманию истерии), деятельность без внутреннего присутствия (что пониманию истерии соответствует) воспринимается им только как целесообразная, а не как осмысленная. В истории психосоматики истерия с самого начала играла центральную роль (вместе с концепцией ипохондрии и неврастении) [см.: Bach, 2010]. Хоффман [Hoffmann, 1996] даже определяет концепцию соматизации как «старую истерию в новом диагностическом глоссарии», а Пфренгле [Pfrengle, 2000, p.6] видит ее как «осколок этого расколотого истерического шара». Но изначально о ней заговорил французский врач Поль Брике [Paul Briquet], который «был первым, кто исследовал истерические симптомы в систематической форме и своей работой заложил основу для возникновения современной категории соматического расстройства» [Pfrengle, 2000, p. 6], определение которой впервые было дано в DSM-III [Hoffmann, 1996; Bach, 2010].

Что касается имеющихся исследовательских данных, то как модель депрессии, так и модель истерии остаются неоднозначными, а частично и противоречивыми [Bach, 2010; Pfrengle, 2000].

### В. Взаимное сдерживание истерии и депрессии.

Сочетание этих расстройств и их взаимное сдерживание оказывают большое влияние на телесную жизнь и сферу человеческих отношений; поэтому мы считаем необходимым поговорить об этом дополнительно.

Присущая страдающим от *депрессии* склонность к отступлению встречает препятствие в виде истерического способа переживания и приобретает нетипичную для депрессии, но свойственную истерии тенденцию к экстерииоризации. Дефицит чувства жизни ориентирует психосоматического пациента на внешние события: он ищет причины страданий не внутри, а снаружи (в отличие от пациента депрессивного, который в тех же обстоятельствах сосредоточен на своем переживании, например, проигрыша, бессилия, напряжения). Но этой динамике не хватает интенсивности для того, чтобы пациент, как при истерии, «растворился» во внешнем мире и видел причины страданий только в нем: из-за противодействия депрессивной составляющей импульс останавливается «на полдороге» и достается, таким образом, телу. Соответственно, в не-функционировании тела пациент и видит причину дискомфорта и страданий.

С другой стороны, *истерия* приглушается депрессией и уже не может «развернуться» со своей типичной динамикой. Ее легкость и адаптивность уже тяжелеют на подъем, они «дубеют» под весом депрессивной значимости исполнения. Чутье не улавливает других мотивов и возможностей, будучи ослаблено ориентацией на потребности тела. Истерическое переживание тесноты, оптавленности, одиночества и боли<sup>45</sup> теряет из-за депрессии свою остроту и также с полпути обращается к телу, — или расходуется в функционализме.

Взаимное противодействие указанных расстройств приводит к *внутреннему напряжению*, сопровождающему психосоматического пациента постоянно.

### Г. Вторичное воздействие на первую ФМ.

У повышенного напряжения есть и другая причина. Вследствие тяжелого расстройства, при котором значительно обедняется эмоциональная внутренняя жизнь, в человеке *поселяется неуверенность*. Такова *реакция* на потерю внутренней опоры (*первая ФМ*) из-за нехватки отношений с самим собой и с жизнью. Эта неуверенность не ощущается пациентом; она только вызывает у него постоянное телесное *напряжение* и *стресс*. Тело снова оказывается в центре событий, потому что состояние неуверенности — та постоянная, устойчивая реакция, благодаря которой психика способна сохранять свою стабильность (статический рефлекс<sup>46</sup>). А поскольку у психо-

---

<sup>45</sup> Längle, 2006.

<sup>46</sup> Статический рефлекс, рефлекс сохранения позы позволяют поддерживать необходимый тонус мышц для сохранения определенного положения тела и обеспечивают неподвижность его частей. — *Прим. перев.*

соматического пациента практически нет возможности выразить что-либо через чувства, то тело, вкупе с поведением, становится единственным средством для выражения внутренних процессов. Состояние неуверенности влияет исключительно на тело, а не на психику. Можно предположить, что относительно высокий процент пациентов с фобиями среди психосоматических пациентов, содержащихся в клиниках, — результат описанного положения вещей. Бойтель сообщает<sup>47</sup>, что из приблизительно 37.000 пациентов психосоматических отделений в Баварии (2001—2008) около 14% имеют первичный диагноз, связанный с фобиями).

Влияние психического напряжения на тело выражается, прежде всего, в *напряжении мышечном* и может приводить к *перенапряжению* (чтобы получить общее представление о терапевтическом подходе, см. о значении аксиолитиков<sup>48</sup> [Gathmann, 1985]). Многочисленными исследованиями подтверждается, что алекситимическим пациентам свойственна измененная способность вегетативной нервной системы к реагированию, которая может сочетаться с симпатикотонией<sup>49</sup>. Это приводит к мышечному тону, который может пониматься и как управляемая аффектом память тела [Franz, 2009]. — При этом человек утрачивает конститутивное трансцендирование, т.е. характерное для здорового человека «не замечание» своего тела, когда тело остается для него «не тематизированным» фоном (в отличие от ипохондрического восприятия тела), утрачивает «деактуализацию (тела) для установления отношений с миром» [Blankenburg, 2007, с. 204, 207, 215].

Если человек не ощущает телесного напряжения, то он не способен и осмыслить его (см. выше соображения о гипотезе разделения); в результате собственное тело становится для психосоматического больного объектом с реакциями, которые воспринимаются как чужие — поскольку пациент их не чувствует. Как следствие, происходит отчуждение от собственного тела, появляется внешнее, объектное отношение к нему — на что указывают многие авторы, — например, Рудольф [Rudolf, 2008]; Фришеншлагер [Frischenschlager, 2008].

Уравновешивание неуверенности статическими рефлексамии имеет три важных следствия:

---

<sup>47</sup> Beutel et al., 2010.

<sup>48</sup> Противотревожные препараты, транквилизаторы. — *Прим. перев.*

<sup>49</sup> *Симпатикотония* — повышение тонуса симпатического отдела вегетативной нервной системы. Для С. характерны: расширение зрачков и глазных щелей, блеск склер, сухость во рту, бледность, склонность к запорам, тахипноэ, тахикардия, повышение артериального давления. При этом обычно наблюдаются повышенная работоспособность, выносливость, инициативность, лабильность и выраженность эмоциональных реакций, тревожность, инсомния. — *Прим. перев.*



- более или менее сильные **мышечные напряжения** во всем теле, что приводит, прежде всего, к пережиманию капилляров и, соответственно, изменению кровотока;
- мобилизация **способностей и возможностей**, т.е. функции первой ФМ (что ведет к высокой работоспособности);
- **предрасположенность к состоянию стресса** из-за нечувствительности к нагрузкам — так что легко может развиваться хронический стресс и симпатикотония.

Д. **Резюме:** нозологически **психосоматическое расстройство** представляет собой сочетание

- **депрессивности;**
- **неравенства себе (истерическая компонента, «не быть самим собой»);**
- **неспособности ощутить ни первое, ни второе.**

Таким образом, пациенту доступно **только тело**, а из всей экзистенции в его распоряжении остается только **контекст**. Другими словами, он может переживать себя, только страдая телесно, да еще — в изнурении от постоянной деятельности, потому что у него нет чувства и персонально обретенной, личной, позиции. Из-за внутренней неуверенности, которой он не замечает, возникает (**микро**)**мышечное напряжение** и (**устойчивый**) **стресс**.

#### Е. Дальнейшие изыскания.

О связи психосоматических заболеваний с депрессией свидетельствуют результаты многочисленных исследований; они подтверждают высокую корреляцию между алекситимией и депрессией [Leweke и др., 2009]. Представляется ясным, что алекситимию нельзя понимать как депрессию или как депрессивный симптом: это отдельное расстройство, которое, впрочем, настолько сильно коррелирует с депрессией, что некоторые авторы говорят даже об «обусловленной состоянием здоровья форме проявления депрессии» (там же).

Недавние исследования подтверждают нашу теорию психосоматических расстройств. Как выяснилось<sup>50</sup>, пациенты, у которых депрессия сочетается с алекситимией, независимо от тяжести депрессии чаще обнаруживают **суицидальные мысли**, чем депрессивные пациенты без алекситимии, что, возможно, связано с повышенной активностью и прагматизмом психосоматических больных.

Депрессивные пациенты с алекситимией сильнее страдают и от **телесных симптомов** [Saaya и др., 2003], которые развиваются у них чаще и в большем количестве, чем у других депрессивных. **Антидепрессанты** (пароксетин) действуют на них менее эффективно, чем на депрессивных без алекситимии [Ozsahin и др., 2003], что можно рассмотреть

---

<sup>50</sup> Hintikka J. и др., 2004.

как указание на то, что в основе их расстройства лежит другой механизм — не сугубо депрессивного природы.

Исследование, проведенное Ванхайде [Vanheide и др., 2007] в группе из 134 пациентов, страдающих клиническими депрессией и алекситимией, показало, что сочетание этих расстройств дает более выраженную эмоционально-аффективную симптоматику. Кроме того, имеются еще и «свидетельства этих пациентов о высокой степени их собственной холодности и отстраненности в межличностных отношениях» [Leweke, 2009]. Это подтверждает нашу гипотезу о сочетании нарушений: наблюдается расстройство второй ФМ и очевидные признаки расстройства третьей.

Другие данные о скрытой *истерии* приводятся в отчетах об исследованиях, посвященных сопутствующим алекситимии страхам. В то время как была найдена лишь незначительная ее коморбидность со специфическими фобиями, обнаружилась поразительно выраженная связь с *паническими расстройствами* и *социофобией*; оба эти нарушения ЭА рассматривает как формы страха, присущие истерии<sup>51</sup>.

Согласно Маркези<sup>52</sup>, склонность психосоматических пациентов с паническими расстройствами к алекситимии (и страхам) после успешного лечения остается более выраженной, чем у пациентов из контрольной группы; эмоциональное понимание себя психосоматическим пациентам тоже дается труднее. Т.е. связанная с алекситимией истерическая составляющая (нарушение третьей ФМ) после успешного лечения панического расстройства сохраняется<sup>53</sup>.

Р. Балон<sup>54</sup> на практике установил, что алекситимические пациенты, по сравнению с другими, особенно нуждаются в прямой вербальной поддержке (т.е. в выражаемом словами личным участием), а также в выраженном одобрении и эмпатии. Это наблюдение можно считать дополнительным указанием на особую значимость того, что другие люди дают мне личную близость (третья ФМ) и устанавливают отношения со мной (вторая ФМ) в тех условиях, когда я сам не могу этого сделать в достаточной мере (дать себе близость и установить с собой отношения). Результат этого исследования можно понимать и так, что для компенсации недостатка чувствительности требуется больше когнитивного (вербального) участия<sup>55</sup>.

---

<sup>51</sup> Leweke F. и др., 2009.

<sup>52</sup> Marchesi C. и др., 2005.

<sup>53</sup> Личностная черта?

<sup>54</sup> Balon R., 2005.

<sup>55</sup> В немецком языке это слово имеет также значение «ссуды», «пожертвования», «дарения», «благотворительного взноса». — *Прим. перев.*

Данные по *шкале экзистенции*<sup>56</sup> [Langle et. al, 2000], полученные для психосоматических пациентов, имеют следующие особенности:

- показатели по шкале «Самодистанцирование» повышены, что указывает на наличие внутренней дистанции по отношению к себе и своей телесности;
- показатели по шкале «Самотрансценденция» понижены, т.е. пациент не чувствует ценности своих достижений (достижимых результатов);
- показатели по шкале «Свобода» снижены или в норме — здесь нет единой картины;
- показатели по шкале «Ответственность» повышены — таково, по всей видимости, следствие понимания своего долга во взаимодействии (четвертая ФМ).

## 8. Влияние психосоматических расстройств на психическую динамику и телесное развитие

Нарушения структуры экзистенции на уровне второй и третьей фундаментальных мотиваций влияют на процесс персональной обработки<sup>57</sup>, что особенно проявляется при использовании *метода персонального экзистенциального анализа* (ПЭА)<sup>58</sup> в работе с психосоматическими пациентами: из-за нарушений в сфере отношений и чувств (вторая ФМ) их *способность быть затронутыми (ПЭА-1)* снижена.

В то же время, недостаток чутья мешает формированию личной автономии и пониманию себя (самоотчуждение), из-за чего пациенту труднее *занять позицию (ПЭА-2)*, а если и удастся, — вряд ли в основе этой позиции лежит согласие с чутьем.

Редуцированная способность к самовыражению и занятию позиции, с процессуально-динамической точки зрения, играет первостепенную роль в возникновении психосоматозов. Первое ведет к редукции пере-

<sup>56</sup> Шкала экзистенции — один из психометрических инструментов, разработанных в рамках экзистенциально-аналитической теории А. Лэнгле. — Цит. по: *Кривоцова С.В., Лэнгле А., Орглер К.* Шкала экзистенции. М., Бюллетень «Экзистенциальный анализ». 2009. № 1. С. 141—170. — *Прим. перев.*

<sup>57</sup> Речь идет о процессе, который самопроизвольно разворачивается в сознании в ответ на то или иное событие. В тех случаях, когда спонтанное течение этого процесса по тем или иным причинам невозможно, в ЭА для его прохождения используется метод Персонального экзистенциального анализа, который может быть описан следующим образом: сначала событие нас касается, и этот момент обозначается в ЭА как ПЭА-0; затем — следующий шаг — ПЭА-1 — мы замечаем свой отклик на него — чувства, состояния, мысли; потом — ПЭА-2 — мы «встраиваем» это событие в привычную для нас картину — общественных мнений, закономерностей, традиций, — и прислушиваемся к голосу своей интуиции, потому что именно чутье говорит нам, в конечном итоге, что будет правильным. Таким образом мы обретаем позицию, и - ПЭА-3 - принимаем личное решение. — *Прим. перев.*

<sup>58</sup> Langle, 2000.

живаний, получаемых от взаимодействия с миром и от отношений, второе — к ослаблению способности самоотграничения, вследствие чего еще более усиливается ориентация человека на объекты, нормы, обязанности и предписания. Изначальная психопатогенетическая роль редуцированных процессуальных функций ПЭА постепенно становится фактором, поддерживающим болезнь.

Следующая схема иллюстрирует взаимное влияние особенностей структуры, характерных для психосоматических расстройств, и их воздействие на жизнедеятельность пациента:

Психопатогенез	Психопатология	Жизнедеятельность
Неисполненная четвертая ФМ: нехватка чувства смысла (так как он не ощущается)	4-я ФМ*	Четвертая ФМ функционирует через подлаживание к контексту как компенсация нечувствительности
Смещение третьей ФМ в сторону реализации четвертой <sup>59</sup> . Нарушение способности к обособлению и автономии	3-я ФМ — ларвированная <b>истерия</b>	СПОСОБНОСТЬ ЗАНИМАТЬ ПОЗИЦИЮ Снижена
Неоднократный опыт длительных расставаний Смещение второй ФМ в сторону реализации первой <sup>60</sup>	2-я ФМ — ларвированная <b>депрессия</b>	СПОСОБНОСТЬ БЫТЬ затронутым снижена
Неисполненная первая ФМ: неуверенность (так как нет чувств)	1-я ФМ* — ларвированная <b>неуверенность</b>	Первая ФМ функционирует <b>через</b> прагматизм в отношении к миру как компенсация нечувствительности

Объектная ориентация

Рис. 5. Психосоматические расстройства в экзистенциально-аналитическом понимании: уровень структуры (ФМ), психопатологии, и жизнедеятельности: первая и четвертая ФМ содержательно опустошены, но сохранены формально, и могут функционировать.

<sup>59</sup> То есть вместо вопросов третьей мотивации («имею ли я право?»; «как было бы правильным сейчас поступить?» и т.п.) человек занимается вопросами четвертой — целями, задачами, планами на будущее. — *Прим. перев.*

<sup>60</sup> То есть темы первой мотивации переживаются как более значимые, чем — второй. Например, пациент говорит: «Неважно, нравится мне это занятие или нет: я же могу, поэтому делаю». — *Прим. перев.*

Структура и динамика взаимосвязаны. ФМ опираются на впечатление, раскрываются благодаря ему, подпитываются им. Но и восприимчивость к впечатлению меняется, развиваясь по мере обретения позиции. Это соотношение представлено на рис. 6.

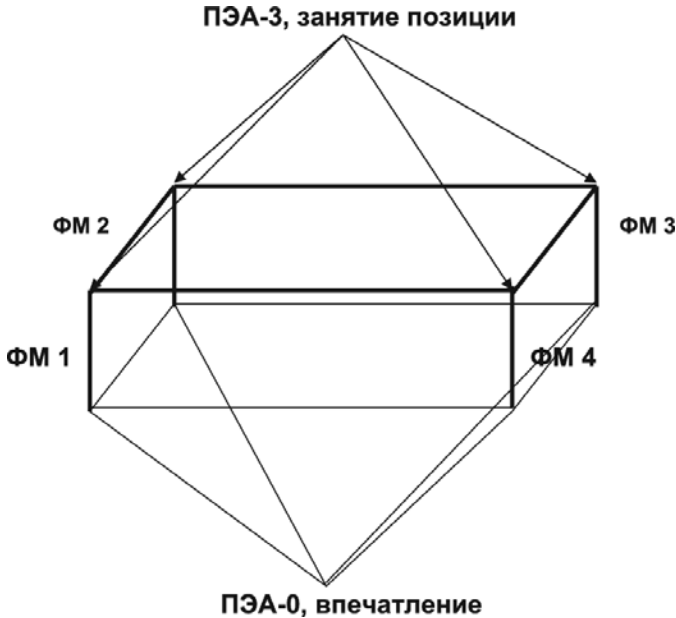


Рис. 6. Сочетание динамики и структуры, на фоне которого разворачивается психосоматика

На рисунке наглядно проиллюстрирована взаимная переплетенность, связанность структуры и динамики; и понятно, что они оказывают друг на друга сильное влияние.

В завершение этой темы следует рассмотреть вопрос, можно ли объяснить возникновение тех или иных специфических психосоматических заболеваний. Отчего, например, одни заболевают астмой, а другие — болезнью кожи? Ответ на этот вопрос неоднозначен, но существующие теории дают определенные указания, которые стоит здесь обсудить.

Как упоминалось выше, выбор «органа-мишени» определяется генетической *предрасположенностью* или приобретенной аномалией [см.: Buffington, 2009]. Ослабленные или ранее затронутые болезнью органы с высокой вероятностью реагируют на стресс сильнее, чем здоровые.

В гл. 3.1 мы говорили о связи фундаментальных мотиваций экзистенции с *психикой*. На основании этой связи можно сделать вывод о том, что люди с определенным типом личности или личностным расстройством склонны к определенным копинговым реакциям, которые могут приводить к возникновению одних и тех же телесных реакций. — Например, постоянному выбору стратегии холодного цинизма зачастую сопутствует повышенное кровяное давление, привычному бессилию — тахикардия.

В гл. 3.2 мы описали *телесные представительства фундаментальных мотиваций* экзистенции. Благодаря своему экзистенциальному значению эти органы становятся полем для выражения переживаний человека. Естественно предположить, что психический ущерб, нанесенный фундаментальным мотивациям (блокада второй и третьей и гипертрофия первой и четвертой), приводит к ослаблению или, соответственно (при гипертрофии), к стимулированию органов; однако из-за отдаленности от переживания эти процессы протекают автономно. Развиваясь по своим законам, *психопатология* во 2-й и 3-й ФМ (ларв. депрессия и ларв. истерия) приводит к возникновению взаимосвязанных и отчасти друг друга гасящих соответствующих симптомов.

Причиной всему — *стресс* и *мышечное напряжение*, которое, в первую очередь, сказывается на органе-представителе соответствующей экзистенциальной структуры (или на соматически предрасположенном органе, см. выше). Поскольку весь организм пронизан кровеносными сосудами, напряжение всегда так или иначе сказывается на кровоснабжении и питании органов.

Как уже было сказано, выбор «органа-мишени» — результат сложного переплетения многих процессов, и наша модель не может выявить жесткой детерминированности направления «главного удара». Однако с известной осторожностью мы могли бы попытаться описать психологический фон для некоторых психосоматических заболеваний.

**Бронхиальная астма** — заболевание, имеющее отношение, в первую очередь, к *теме пространства*. Если человек длительное время и/или неоднократно претерпевает психическую «тесноту», недостаток «пространства» для жизни и развития, но не чувствует этого, тяжесть психического стресса целиком ложится на бронхи. Переживание происходит только телесно, потому что эмоциональное переживание заблокировано (например, рациональной установкой). Без эмоционального отклика человек воспринимает ситуацию, в которой оказался, не осмысливая ее жизненного, экзистенциального значения. И тело его отражает то, что не нашло выражения в психике. Конкретные причины, по которым его восприятие сужено, могут быть очень разными: трудности в отношении

ях, установки воспитания, религиозные убеждения, не обработанные потери или травмы, нерешенные, но требующие решения вопросы, представления о собственной незначимости и т.п. Необходимо феноменологическое видение, чтобы при таком разнообразии вариантов найти первопричину заболевания.

**Эссенциальная гипертония** затрагивает систему органов кровообращения, относящуюся ко второй ФМ. То есть причиной заболевания могут быть трудности, связанные с темами *отношений* или *ценностей*. Однако процесс кровообращения зависит и от других важных факторов — таких, например, как общая нагрузка, подвижный или неподвижный образ жизни и т.п., — поэтому поиск линейных причинно-следственных связей, как правило, неправилен. По-видимому, при установлении причин этого расстройства нужно учитывать множество связей и содержательных моментов.

**Нейродермит** — заболевание, в котором присутствует психосоматическая составляющая. Согласно сказанному выше, кожа — орган ограничения и контакта. Поэтому психологический аспект нарушения с большой степенью вероятности имеет отношение к темам второй и третьей ФМ. Однако в области кожи у психосоматических больных часто наблюдаются парестезии.

**Кишечные расстройства** тоже связаны в своей психологической составляющей в первую очередь с проблемами ограничения.

**Ревматоидный артрит** трудно однозначно соотнести с психическими нарушениями. Резонно предположить, что костно-мышечная система связана с четвертой ФМ, которая имеет отношение к исполнению и действию. Вызвано ли это расстройство перенапряжением, завышенными требованиями действия и результата — другими словами, слишком функционально проживаемой четвертой ФМ? Обусловлена ли большая часть симптомов чрезмерным мускульным напряжением и давлением на суставную сумку? В отдельных случаях стоит критически подходить к вопросу, насколько ревматоидный артрит вообще психосоматическое заболевание, и если да, то — насколько высока в нем доля психической составляющей. Так, при фибромиалгии бывают особенно высокими депрессивные показатели (тогда как при синдроме раздраженного кишечника более выражены показатели тревожности [Henningsen et al., 2003]). По истерии данных нет. — Однако у психосоматических пациентов в сфере двигательного аппарата часто наблюдаются множественные мышечные боли.

Симптомы **фибромиалгии** позволяют думать, что это заболевание — следствие перенапряжения, вызванного чрезмерной активностью.

**Тиреотоксикоз** — по нашей теории, в сущности, не психосоматическое заболевание. Во всяком случае, психическими проблемами оно

обусловлено не напрямую, а косвенно — например, воздействием гормонов стресса.

## 9. Структура терапии на примере случая

Хотя описание терапии психосоматических заболеваний не входит в цели данной работы, все же нелишне будет в заключение рассказать о ней и перечислить ее основные черты. Теоретические рассуждения и рекомендации проиллюстрированы описанием конкретного случая из практики.

Вообще, в терапии психосоматических расстройств необходимо уделять внимание (корректировать, лечить, в том числе и медицинскими средствами) следующим сферам жизни пациента:

а) **симптоматики**. В задачи терапевта входит забота об облегчении болезненных ощущений, лечение расстройств сна, психосоциальная помощь (справки на работу и т.п.), обучение и тренировка навыков общения с партнерами трудностей и страданий, и т.д.;

б) **телесности**. Задача — изменение вегетативных реакций (как лекарственными препаратами, в том числе фитотерапевтическими, антидепрессантами, транквилизаторами, так и средствами аутогенной тренировки, прогрессивной релаксации по Якобсону, двигательной и телесно-ориентированной терапии, йоги, Тай Чи, ванн, оздоровительных процедур, физиотерапии, массажей и т.п.);

с) **сфера, в первую очередь касающаяся психики**. Внимание к образу жизни и ее условиям (как пациент живет, каковы его психосоциальные обстоятельства); психотерапия, сфокусированная на конфликтах и нагрузках второй и третьей ФМ; прояснение позиции относительно чувств и обхождения с собой (самопринятия), прояснение вопросов, связанных с опытом лишений и травм, с обстоятельствами, в которых пациент получил опыт психосоматической обработки переживаний (стиль жизни), с установками, которые стоят за его выбором, с особенностями взаимоотношений — с партнером, родителями, близкими. Обсуждение ценностей (что именно в значимых людях и в самом себе заслуживает уважения, что в отношениях вызывает благодарность); объяснения и тренировка способности чувствовать и занимать позицию (используются творческие методы; задача — эмоциональное проживание конкретных ситуаций, например, семейных ссор, для понимания их эмоционального значения и обретения возможности занять по отношению к ним позицию); обсуждение биографических тем.

Приведенный ниже пример терапевтической работы может оказаться полезным для ознакомления с практикой лечения психосоматических расстройств.



### Картина болезни.

Фрау Ф.<sup>61</sup>, служащая пятидесяти двух лет, обратилась за психотерапевтической помощью в связи с повторяющимися тяжелыми приступами мигрени, расстройством сна, страхами и, как она это называла, «депрессиями». Цель терапии она видела в избавлении от постоянного чувства тяжести. Каждое утро ей казалось, что с этим днем она не справится, хотя на работу Фрау Ф. шла с удовольствием. Даже общаясь с друзьями, она чувствовала это давление, словно бы вынуждавшее ее быть любезной и приветливой, делать все правильно и т.п. Даже по дороге в отпуск, уже сидя в самолете, она испытывала гнет от перспективы два часа провести взаперти.

В процессе семейной расстановки она впервые смогла плакать о своих отношениях с матерью; позже эта тема стала главной в терапии, но во время сеанса расстановки проработана не была. Выяснилось, что ее чувство тяжести было связано со страхом потерять крайне необходимые ей любовь и уважение людей, которые ей доверяли. Хотя фрау Ф. испытывала страх и перед переменами, перед новыми обстоятельствами, но больше всего она боялась отвержения и одиночества. Мать, которая с другими была «очаровательной», с нею вела себя «отвратительным образом». В преддверии встречи с ней фрау Ф. всегда говорила: «Теперь повернемся своей безумной стороной!» И, подавленная, добавляла: «И во мне есть эти черты...». Выбирая одежду, она боялась, что ее сочтут недостаточно приятной, и одевалась соответственно; ее самооценку и устойчивость были низкими. Ей всегда хотелось быть «любимым ребенком». Вместе мы обнаружили, что, пытаясь быть милой, стараясь подлаживаться под других, она чувствовала себя совсем малозначимой. Поступая так, она отказывалась от себя.

С началом терапии проблемы во взаимоотношениях с (истерической) матерью усугубились. Мать оскорбляла ее, демонстрировала холодность, оказывала предпочтение сестре и в итоге лишила фрау Ф. наследства. Когда умер отец, мать сообщила об этом дочери только к вечеру, обосновав свой поступок желанием побыть наедине со своим горем. Со временем фрау Ф. все больше проникалась пониманием того, как мать лишала ее «полноты жизни»: «Всегда, когда я вела себя непосредственно, мое поведение оценивалось как неправильное; мое веселье считалось нахальством». Мать внушила дочери, что она злая и недостаточно ценна, чтобы ее любить. Находясь рядом с матерью в свой день рождения, пациентка чувствовала ее близость как насилие. Но это чувство было знакомо ей уже давно. Мать требовала от нее близости, но

---

<sup>61</sup> Публикуется с согласия пациентки; внешние сведения изменены.

дочь испытывала только отвращение; ей было противно. Уже ребенком фрау Ф. испытывала ужас, когда эта отвратительная женщина к ней приближалась. Помимо всего прочего, мать постоянно лгала, преувеличивая свои страдания и требуя от дочери внимания. Поэтому та предпочитала держаться на расстоянии и видеть мать как можно реже. Однако этот простой (как она думала вначале) выход оказался для нее невозможным — из-за глубоко сидящего в ней чувства вины. «Это я виновата, из-за меня у нас плохие отношения!» Но и это еще не все. Очень доверчивая и наивная, не умеющая замечать свои чувства, фрау Ф. всю жизнь легко увлекалась и все время сходилась с тяжелыми людьми.

**Комментарий.** Здесь можно с уверенностью говорить о блокаде или патологии второй и третьей ФМ: близкое к депрессии немотивированное чувство вины, нехватка житейского опыта; истерическая склонность к восторженности, приспособляемость, обделение себя, трудности с отграничением, неуверенность в собственной ценности.

На пятой встрече фрау Ф. призналась, что терапия тоже стала для нее источником стресса, потому что она поставила перед собой цель «добиться максимальной пользы». Так ее амбиции привели нас к теме ее многолетних страданий по поводу того, что она не так успешна и в профессии, и в увлечениях, как другие. Стало ясно, что у нее не сформировалось собственного понимания, что ей нравится, и потому она постоянно ориентировалась на других.

**Комментарий.** Мы видим сочетание копинговой реакции третьей ФМ (тщеславие) и бессодержательного функционирования четвертой ФМ (стремление к успеху и извлечению максимальной пользы).

### **Первая фаза терапии: в фокусе — самооценность.**

Проработка этих тем послужила толчком к внутренним переменам: фрау Ф. стала меньше бояться *негативных чувств* (например, обиды со стороны подруги); ей даже удавалось их выдерживать. Стал слабее заметный, постоянный *запрет* себе на свои желания и решения, которые она всегда втайне считала плохими. Временами у нее появлялось ощущение, что за этими проявлениями может стоять что-то значимое для нее.

**Комментарий:** первые шаги в направлении понимания переживаний второй и третьей ФМ.

...Однако прежнее чувство вины вспыхнуло мгновенно, стоило шефу, с которым фрау Ф. хорошо ладила, пригласить ее к себе в кабинет. Сразу возникло беспокойство: «Я что-то натворила?..»

Во время беседы о пережитой *несправедливости* фрау Ф. вспоминает о тяжелых, несправедливых обвинениях со стороны матери и начинает осознавать, насколько угнетающим было всегда ее отношение. «Она ни-

когда мне не радовалась. Со стороны отца тоже не было поддержки, в присутствии матери он неизменно вставал на ее сторону...» В процессе дальнейшего ПЭА фрау Ф. смогла увидеть связь своей низкой *самоценности* с воспитанием, целью которого было «сделать нас такими, как она». Помимо этого, мать хотела полной власти над детьми. Фрау Ф. ощущала это как произвол и оценивала как злоупотребление; болезненные стороны личности матери перевешивали то хорошее, что в ней тоже было.

**Комментарий:** первая проработка причин страдания фрау Ф. на уровне третьей ФМ. Оpozнание перенесенной несправедливости и сильного подавления персонaльности. Эмоциональное занятие позиции дает первую опору самоценности.

Длительный отпуск по болезни, связанный с необходимостью хирургической операции, позволил фрау Ф. отдохнуть от *работы*, с которой она из-за переутомления справлялась уже с трудом. В этот период впервые начались связанные с работой кошмарные сны. Вернувшись, она с изумлением поняла, что многое отдала бы за возможность никогда больше туда не ходить.

Одновременно развивается ее способность к *пониманию* себя, и фрау Ф. замечает, как «проваливается» в отношения с «пользователями», которых считает подругами; как велика ее *способность восхищаться*, которая соблазняет ее переступить через себя — ведь она даже не задается вопросами, нравится ли ей и хочется ли того, на что она соглашается; как она не может сказать «нет» «из страха, малодушия, чувства вины и стыда», оказываясь, таким образом, в «собственноручно устроенной ловушке».

Обнаруженный мир чувств, внимание к своим решениям и внутреннему согласию только *усложнили ей жизнь*.

После отпуска фрау Ф. впервые ясно и глубоко почувствовала, что ей по-настоящему приятна мысль никогда больше не ходить на работу. Ей всегда казалось — определенно, это было результатом самовнушения, — что работа ей нравится. Но больше она не могла обманывать себя. Теперь все, связанное с работой, порождало страх, что ей не добиться таких успехов, как прежде, когда она «слишком активно» работала. Даже коллеги действовали ей на нервы.

Тем временем мигрень немного отступила. Фрау Ф. испытывала уже не такой сильный стресс, стала лучше себя осознавать (это отметили и подруги) и практически перестала бояться полетов. Однако устойчивая «потребность соответствовать ожиданиям окружающих сохранилась — «ведь иначе просто нельзя, не принято». «Вежливость — достоинство человека» — говорил ей разум.

Один сон вернул фрау Ф. к проблемам с матерью: «Она ужасно ругала меня, а я, хотя уже и взрослая, не могла за себя постоять!» Но при

следующем же посещении матери она поняла, что может противостоять ей; больше того, мать оказалась ей буквально беспомощной.

Согласно изначальной договоренности, после этих десяти встреч фрау Ф. завершила терапию: ей стало лучше, и она не исключала возможности, что в будущем захочет продолжить.

**Комментарий:** Работа была направлена на улучшение доступа к себе и расширению картины себя (третья ФМ); в результате развилась способность устанавливать границы и начал формироваться навык лучшего понимания собственного состояния. С ростом способности чувствовать (вторая ФМ) клиентка обнаружила свое десятилетиями длившееся заблуждение — уверенность, будто ей нравится ее работа, которое возникло, прежде всего, вследствие недостатка чувствительности. Чрезмерная активность четвертой ФМ по-прежнему позволяла фрау Ф. соответствовать внешним требованиям. Сон помог ей включить свой не проработанный опыт в актуальное взаимодействие с матерью: благодаря реальному противостоянию матери клиентка поверила, что сможет преодолеть проблему.

### **Вторая фаза терапии. В центре — вторая ФМ.**

Годом позже фрау Ф. возвращается к терапии. Она постоянно простужена, переболела пневмонией, ее мучает кашель и усиленное потоотделение, она испытывает сильный стресс и еженощно видит кошмарные сны о работе. Она чувствует отвращение к *власть предержащим* — в частности, к шефу, потому что при встрече с ним всякий раз *боится испытать чувство вины*. Но больше всего ее мучает *страх перед забывчивостью*; она и правда многое забывает. Ей ясно, что это связано с ее стремлением избегать неприятного (прежде она с уверенностью давала иное толкование).

Фрау Ф. впервые обсудила свой страх перед работой с двумя коллегами. Источником страха была, главным образом, неуверенность в себе и своей способности быть на высоте (несмотря на ее большой профессиональный опыт). Это сильнее ее, и вызывает подавленность. Раньше у нее тоже случались *депрессии*. Она изнывала от тревоги, что у нее не останется друзей. Постоянно искала тех, кто считался бы с ней и хорошо к ней относился. Она испытывала глубокий страх оказаться несостоятельной и чувствовала себя неудачницей.

И на этом фоне на первый план снова и снова выходила *проблема во взаимоотношениях с матерью*. Муж фрау Ф. заметил однажды, что он не выдержал бы таких частых встреч. Сама фрау Ф. ощущала, что мать вызывает у нее ужас. Однако регулярные встречи, по ее мнению, входили в число ее *обязанностей*, и снижать их частоту она не стала. У терапевта возникло впечатление, что встречи с матерью действуют на ее душу по-

добно яду, и сама пациентка говорила, что чувствует себя при ней как в детстве — покинутой, брошенной на произвол судьбы, «не в состоянии ни дышать, ни говорить». Так начался процесс постепенного отделения от матери.

**Комментарий:** доминирует страдание второй ФМ, депрессия и тема отношений, прежде всего, с матерью. При этом очевидна неспособность к сепарации, которую терапевт пытался инициировать внятным рассказом о действиях матери и их последствиях.

Однако до поры темой наших с фрау Ф. бесед была по большей части неуверенность в себе, робость, борьба за признание и уважение, потребность соответствовать и страх перед чувством вины. Страх перед значимыми людьми и нужда в их одобрении, ради которого она готова была приспособливаться, неизбежно возвращали нас к теме ее отношений с матерью. Уважаемые люди, а тем более, критика с их стороны, были связаны для нее с переживанием тревоги и страха, она как будто слышала постоянно: «Ты плохо работала, и за это ты будешь наказана; ты разоблачена и не получишь любви!» Постепенно фрау Ф. осознавала, что мать никогда ее не любила. Она поняла, что *головная боль* может быть вызвана стрессом, жизнью с *неутоленной потребностью в любви*. Так пришло *время печали* о том, какой несчастной, лишенная материнской любви, она была в детстве.

Мы с фрау Ф. обнаружили, что она *нравилась себе*, только когда *достигала положительных результатов*. На наших встречах мы развивали ее способность быть внимательной к телу, чувствовать его, испытывать и проживать удовольствие. Необходимо было объявить войну убеждению (и связанному с ним страху), что быть чуткой к себе и любить свою жизнь — это эгоизм. Это принесло пациентке большое облегчение. Антидепрессанты постепенно ушли в прошлое, и фрау Ф. начала чувствовать свою ценность и ценность жизни. Ее самочувствие заметно улучшилось, она научилась ориентироваться в своих эмоциях и вскоре закончила не нужную ей больше терапию.

**Комментарий.** На этой стадии терапии упор делался на вторую ФМ — даже когда в процессе работы всплывали проблемы третьей. Зарождавшаяся чувствительность по отношению к себе требовала развития и защиты от привычных представлений. Облегчение состояния в сочетании с ориентированностью мышления клиентки на достижение конкретных практических целей стало основанием для прекращения терапии.

### **Прорыв.**

Через два года Фрау Ф. пришла снова. В последний год ее мучили чудовищные головные боли, и она много болела — при том, что результаты всех

неврологических обследований были нормальными. Успокоительные и антидепрессанты уже не помогали ей. Начальник хотел отправить ее на досрочную пенсию, но эта мысль была для нее невыносима. «Неужели же вот так у меня все и закончится?!» — повторяла она. Работа всегда была важной частью жизни Фрау Ф., а теперь она ощущала себя «ненужной, полной неудачницей», которой грозит преждевременная пенсия. «Если я сейчас закончу работать, это будет провалом. Я стану бесполезной».

Такая реакция на предложение шефа уйти на пенсию была не понятна в свете того, что уже два года она испытывала сильный протест против работы и даже против общения с коллегами и постоянно чувствовала себя небезопасно в отношениях с шефом. Все было забыто?..

Оказалось, что с тех пор в ее жизни произошла большая перемена: умерла мать, в ни с чем не сравнимой форме отказавшись попрощаться с дочерью. Тем не менее, фрау Ф. эта смерть принесла облегчение.

Однако клиентка продолжает испытывать *гнет*, усилившийся в свете угрозы выхода на пенсию. Фрау Ф. связывает это ощущение только с работой. У нее больше нет сил работать, она устает «как собака», постоянные телефонные звонки стали невыносимы. Это чувство — осознанное и сформулированное два года назад как «мне больше не нравится» — она переживает как фиаско.

**Комментарий.** Под влиянием стресса, связанного с угрозой раннего выхода на пенсию, снизилась эмоциональность восприятия. Одновременно обнаружилась связь между местом работы фрау Ф., ее ригидными установками и самооценностью. Эта зависимость самооценности от убеждений или внешних обстоятельств, связанных с работой, нуждалась в прояснении.

Дальнейший диалог терапевта и пациентки приводится дословно, поскольку собственные слова пациентки, которыми она описывает свои переживания, лучше всего дают представление о ее структурных особенностях.

Итак, она впервые призналась себе — а может быть, впервые вспомнила, — что гнет и страх испытывала с самого первого рабочего дня: у нее даже началось расстройство желудка. «Собственно говоря, я должна была бы знать, что работа секретаря — не для меня. Вообще-то я хотела стать портнихой, но мама не позволила мне». Власть матери над нею была безгранична. Ее влияние простиралось так далеко, что дочь по ее совету могла разорвать отношения с мужчиной. То же произошло с выбором профессии: «Она сама работала секретарем, и жила ради работы, а не ради нас. Мне она сказала: нам нужна специализированная профессиональная школа, а не производственное обучение! Поэтому я закончила профессиональную школу и стала секретарем». Так фрау Ф.

работала десятилетиями, постоянно повторяя себе: «Это мой долг!». И гордилась этим, сравнивая себя с теми, кто начинал какое-то дело и бросал. Она же, напротив, все больше убеждалась, что верна однажды начатому делу, что продолжает «решительно выполнять его». «Это всегда было для меня важным принципом. Я *гордилась* таким *пониманием своего долга*. На меня можно положиться. До сегодняшнего дня для меня было важно, что на меня можно положиться».

**Терапевт.** Вот здесь и кроется главная *западня*.

**Пациентка.** По этой же причине я посещала мать, хотя всякий раз возвращалась домой в слезах. Но у меня даже не мелькнуло мысли, вроде: «не ходи туда больше!» или «я не буду этого делать.» — Это было моим долгом — не оставить ее одну. И она радовалась мне, потому что благодаря моим посещениям могла разряжать свое напряжение. А у меня каждый раз начиналась головная боль.

**Т.** Вы никогда не навещали ее ради своей потребности — в участии, любви, радости?

**П.** Нет, это я могу сказать с уверенностью. Даже теперь, поднимаясь по лестнице дома престарелых, я чувствую, что меня как будто накрывает нечто вроде черной пелены.

**Т.** Как вам удавалось это выдерживать?!

**П.** Вот как раз с *головной болью*.

**Т.** Знаете, когда возникает головная боль? Когда *ум и чувства вступают в противоречие*. Ваши чувства говорили вам не ходить к матери, но вы слушались своих убеждений и шли. Вас никогда не учили осознавать свой долг по отношению к себе, только — перед другими.

**П.** Никогда об этом не думала.

**Т.** Ведь у человека есть еще долг и ответственность по отношению к себе...

**П.** Ну, иногда я все-таки делаю то, что доставляет мне удовольствие.

**Т.** ...До тех пор, пока это не противоречит чувству долга.

**П.** Верно. По сравнению с ним, удовольствие вторично.

**Т.** Вы ставили разум выше чувств, а теперь чувства берут свое, и в этом кроется причина вашей *забывчивости* и рассеянности.

**П.** Вот как?! Значит, поэтому мои мысли теперь то и дело исчезают.

**Т.** Да, таким образом чувство иногда защищается от разума — *делая голову пустой*, и мысли...

**П.** (перебивает): Верно! Я уже использовала это выражение, говоря о себе — «у меня пустая голова». (*смеется*) Видите ли, я боялась даже думать об этом! Но это правда! (*смеется с явным облегчением*).

**Т.** Сейчас вы понимаете причину своей головной боли, ее значение для вашей жизни, и замечаете, что, в сущности, всегда знали об этом.

Когда вы это слышите, то смеетесь от облегчения, чувствуя, что это точное описание того, как вы себя подавляли.

**П.** Точно! Супер!

**Т.** Два года назад мы с вами поняли, что головная боль связана с чувством, что вы *нелюбимы*, и вам уже тогда стало легче. Может быть, сегодня мы установили связь между головной болью и чувством долга, которое для вас превыше всего. И которым вы гордитесь, потому что верность долгу делает вас такой надежной... Но давайте спросим себя: что давала вам ваша надежность?

**П.** Точно, я тоже как раз сейчас об этом подумала. Почему, собственно, я это делаю? Собственно, для меня и здесь важно только то, что, меня тогда любят...?!

**Т.** А если бы вы не держались за свой долг, что тогда было бы?

**П.** Тогда окружающие хуже ко мне относились бы или отвернулись от меня... Так или иначе, мне было бы нехорошо. <...> Но похоже, что это больше не так. Теперь, когда я решаюсь сделать то, что действительно хочу, я это делаю — сама для себя... Что тут скажешь? Это просто прекрасно! Мне, наверное, никогда еще не случалось чувствовать себя такой любимой.

**Т.** Точно. Чудесно. Вот оно. Это *конец головной боли*.

**П.** Я вам верю. Я уже ощущаю это в себе.

**Т.** Только, может быть, вам придется сделать еще кое-что, чтобы сегодняшние открытия принесли плоды.

**П.** Мне тоже так кажется. Это внове для меня. И есть области, где мне пока трудно. Например, с мамой, или с работой. *Работа для меня связана с матерью. Если я откажусь от работы, то это — как если бы я отказалась от матери*. Теперь мне это совершенно ясно.

**Т.** Этот отказ был бы освобождением от отношений, которые вас управляли. Помните, два года назад мы уже говорили об этом? Общение с матерью было крайне вредным для вас из-за ее дурного обращения с вами. И самое парадоксальное и опасное, что именно к таким матерям дети особенно сильно привязываются. Потому что хотят получить от них хоть каплю материнской любви.

**П.** Точно, я сейчас как раз об этом хотела сказать. В каком-то смысле, мне тоже хотелось этого. Всю жизнь я заглушала это в себе, но перед лицом ее смерти всем сердцем пожелала, чтобы она меня любила. Такой, какая я есть, именно такой, какая я есть...

**Т.** Вы никогда не получали этого?

**П.** Нет.

**Т.** Поэтому вы всю жизнь исправно ходили на работу и *исполняли то, чего хотела от вас ваша мать, чтобы хотя бы так стать ближе к ней?*



**П.** Точно. Это немного пугает меня, но это правда.

**Т.** Что вас пугает?

**П.** То, что я была такой зависимой, а может, еще и сейчас такова, хотя, может быть, это уже позади.

**Т.** Нам пора постепенно заканчивать. — Что вы теперь думаете о своей ситуации?

**П.** Мне нужно еще немного поплакать, поразмышлять об этом. Но я уже могу выносить эти мысли. Я должна уложить все это у себя внутри. Но теперь мне все ясно. Прозрачно. Это все так и есть.

**Т.** На этом месте я оставляю вас наедине с самой собой. И с вашим мужем. А потом, возможно, мы с вами встретимся еще раз.

**П.** Большое вам спасибо, это было супер, действительно супер.

**Т.** Я чувствую, что мы нащупали суть — понимание долга.

**П.** Да, вы совершенно правы: можно следовать не долгу, а радости, жизни. Это же как подарок!..

**Т.** Да, это дар от жизни, который она, вопреки воле вашей матери, снова приподнесла вам.

**Комментарий.** Этот трогательный диалог принес клиентке целостное понимание предпосылок, которые привели к полной стрессов жизни и, как следствие, — к приступам мигрени. Под ригидным пониманием долга обнаружился мучительный эмоциональный голод — потребность в материнской любви. Стал понятным механизм этой пугающей зависимости от крох любви. Выяснилось, что клиентка ради любви матери жертвовала своей реальностью, и вследствие эмоционального отрицания оставалась в плену иллюзий.

### **Освобождение**

Три недели спустя фрау Ф. пришла на восемнадцатую и последнюю встречу. Она *приняла решение досрочно выйти на пенсию*, и с тех пор ей намного лучше. Она не так напряжена, освободилась от гнетущего чувства и стресса, головные боли ослабли и «не идут ни в какое сравнение с прежними»; тело словно бы подтвердило ее решение.

Остался еще небольшой страх, что люди могут подумать, будто она «дезертировала». Она и сама долго так думала, считая свой уход на пенсию бегством.

**П.** Но это больше, чем бегство, это действительно было необходимо!

**Т.** Это вообще не бегство! Вы уже могли в этом убедиться!

...И снова мы говорили о ее *жизненной позиции*, о «несгибаемой, десятилетиями непобедимой» *гордости*. Было понятно, что такая радикальная смена парадигмы может еще не раз привести к сомнениям, не было ли все-таки ее увольнение бегством. А главное — новая позиция *обесценила* те жертвы, на которые она шла прежде, лишила фундамента

ее многолетние страдания. Может быть, когда-нибудь самопожертвование станет уже не таким ценным и необходимым?..

Эта прощальная беседа снова подтвердила, что вера, будто работа для нее — главное, была ее средством поддержать самооценку. «Такова была картина, которую я себе навязывала. <...> То был настоящий *мираж*... А теперь я вижу, что за ним скрывались истинные причины моих бед». Смерть матери ускорила процесс внутреннего развития, а может быть, вообще сделала его возможным. Теперь фрау Ф. поняла, что могла бы уволиться раньше — уже после рождения сына: это было бы таким естественным поводом не возвращаться к работе. Ведь у нее уже тогда началось расстройство сна. Она не придавала этому значения; ни для нее, ни для ее мужа бессонница не была поводом задуматься об уходе с работы; немалую роль в том играли соображения заработка. К тому же, фрау Ф. верила, что все складывается хорошо: ее хвалили на работе, она имела право выбирать время отпуска, она была успешной. А еще она думала: «Так мне и надо! Это моя вина, все дело в моей слабости и неспособности». Теперь она может подвести черту и оставить работу. Она уже знает, чем займется, и рада этому.

**П.** Для меня важно, что ваш взгляд — взгляд со стороны — совпадает с моим, и вы согласны, что мне можно уже прекратить работать.

**Т.** По-моему, вы наконец освободились от гнета вашей матери. Конечно, такое давление может приводить к головным болям, это нормально!

## ЛИТЕРАТУРА

- Antonovsky A., Franke A.* Salutogenese: zur Entmystifizierung der Gesundheit. Tübingen: DGVT-Verlag, 1997.
- Bach M.* Somatoforme Störungen — das Leiden ohne Korrelat // *Journal of Neuropsychology*. 2010. Vol. 5. P. 18—22.
- Bagby R.M., Parker J.D., Taylor G.J.* The twenty-item Toronto Alexithymia Scale — 1. Item selection and cross-validation of the actor structure // *Journal of Psychosomatic Research*. 1994. № 38. P. 23—32.
- Balon R.* Reflections on Relevance: Psychotherapy and Psychosomatics in 2004 // In: *Psychotherapy and Psychosomatics*. 2005. Vol. 74. №. 5. P. 3—9; 6—7.
- Bauer E.* Ich und mein Leib — Antagonistischer Trotz und/oder dialogische Einheit // *Existenzanalyse*. 2009. № 26(2). P. 4—12.
- Blankenburg W.* Psychopathologie des Unscheinbaren. Ausgewählte Aufsätze, herausgegeben von Martin Heinze. Berlin: Parodos, 2007.
- Beck M.* Seele und Krankheit. Psychosomatische Medizin und theologische Anthropologie. Paderborn: Schöningh, 3. Aufl., 2003.
- Beckermann A.* Das Leib Seele Problem. Paderborn: Finck, 2008.
- Bengel J., Strittmatter R., Willmann H.* Was erhält Menschen gesund? Antonovskys Modell der Salutogenese — Diskussionsstand und Stellenwert // *Forschung und*

- Praxis der Gesundheitsförderung. Band 6. Köln: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, 2001.
- Beutel M.E., Blechner F., von Heymann F., Tritt K., Hardt J. Anxiety Disorders and Comorbidity in Psychosomatic Inpatients // *Psychotherapy and Psychosomatics*. 2010. № 79(1). P. 59.
- Biebl W. Psychosomatische Medizin — aktuelle Entwicklungen // *Osterreichische Arztezeitung*. 2004. № 3. P. 40—45.
- Bräutigam W., Christian P., von Rad M. Psychosomatische Medizin. Stuttgart: Thieme, 1997.
- Buffington C.A.T. Developmental Influences on Medically Unexplained Symptoms // *Psychotherapy and Psychosomatics*. 2009. Vol. 78. № 3. P. 139—144.
- Csikszentmihalyi M. Das Flow-Erlebnis. Jenseits von Angst und Langeweile im Tun aufgehen. (Übers., Beyond Boredom and Anxiety — The Experience of Play in Work and Games, 1975). Stuttgart: Klett, 2000.
- Eisenberger N.I., Lieberman M.D., Williams K.D. Does rejection hurt? An fMRI study of social exclusion // *Science*. 2003. № 302. P. 290—292.
- Engel G.L., Schmale A.H. Eine psychoanalytische Theorie der somatischen Störung // *Psyche*. 1987. № 23. P. 241—261.
- Epstein S. Cognitive-experimental self-theory for personality and developmental psychology // *Studying lives through time. Personality and development* / D.C. Funder, R.D. Parker, C. Tomlinson-Keasey, K. Widaman (Hrsg.) American Psychological Association. Washington D.C., 1993. P. 399—438.
- Fava G.A., Mangelli I., Ruini C. Assessment of psychological distress in the setting of medical disease // *Psychotherapy and Psychosomatics*. 2001. № 70. P. 171—175.
- Felliti V.I., Fink P.I., Fishkin R.E., Anda R.F. Ergebnisse der Adverse Childhood Experiences (ACE)-Studie zu Kindheitstrauma und Gewalt. Epidemiologische Validierung psychoanalytischer Konzepte // *Trauma und Gewalt*. 2007. № 2(2). P. 18—32.
- Frankl V. Grundriß der Existenzanalyse und Logotherapie // *Handbuch der Neurosenlehre und Psychotherapie* / V. Frankl, V. Gebssattel, J.H. Schultz (Hrsg.) München/Wien: Urban & Schwarzenberg, 1959. Bd. III. P. 663—736.
- Frankl V. Anthropologische Grundlagen der Psychotherapie. Bern: Huber, 1975.
- Frankl V. Der unbewußte Gott. Psychotherapie und Religion. München: Kösel, 1979.
- Frankl V. Theorie und Therapie der Neurosen. München: Reinhardt, 1982.
- Franz M. Entwicklungspsychologische und neurowissenschaftliche Aspekte der Alexithymie // *Die psychodynamische Psychotherapie*. 2009. № 8(1). P. 23—33.
- Freud S. Die Abwehr-Neuropsychosen // *Gesammelte Werke* / E. Bibring, W. Hoffer, E. Kris, O. Isakover, S. Freud Frankfurt/Mensch: Fischer, 1952. Bd. 1. P. 57—74.
- Frischenschlager Das Affektgeschehen als Schaltstelle zwischen psychischer und psychosomatischer Symptomatik // *Psychotherapie-Forum*. 2008. № 16. P. 31—38.
- Gathmann P. Der psychosomatisch Erkrankte in der Praxis. Diagnostische Probleme, medikamentöse Therapie. Wien: Roche Edition, 1985.
- Gathmann P. Psychosomatische Erkrankungen // *Wörterbuch der Psychotherapie* / G. Stumm, A. Pritz (Hrsg.) Wien: Springer, 2000. 566 p.

- Gebert S.* Grenzen der Psychologie. Philosophische Betrachtungen zu den Grundlagen der Psychotherapie. Würzburg: Königshausen und Neumann, 1995.
- Gendlin E.T.* A process model. N. Y.: The Focusing Institute, 1997.
- Grabe H.J., Rufer M.* (Hrsg.) Alexithymie: Eine Störung der Affektregulation. Konzepte, Klinik und Therapie. Bern: Huber, 2009.
- Grabe H.J., Scheidt C.E.* Einführung: das Alexithymiekonstrukt und seine psychometrische Erfassung // Alexithymie: Eine Störung der Affektregulation. Konzepte, Klinik und Therapie / H.J. Grabe, M. Rufer (Hrsg.) Bern: Huber, 2009. P. 19—39.
- Grawe K.* Neuropsychotherapie. Göttingen: Hogrefe, 2004.
- Halász A.* Psychosomatik und Existenzanalyse. Über die Bedeutung der Sinnorientierung bei psychosomatischen Erkrankungen. Unveröffentlichte Diplomarbeit Grund- und Integrative Wissenschaft Fakultät der Universität Wien, 1993.
- Henningsen P., Zimmermann T., Sattel H.* Medically unexplained physical symptoms, anxiety, and depression: A meta-analytic review // Psychosomatic Medicine. 2003. Vol. 65. P. 528—533.
- Hintikka J., Honkalampi K., Koivumaa-Honkanen H., Antikainen R., Tanskanen A., Haatainen K.* et al. Alexithymia and suicidal ideation: Angst 12-month follow-up study in a general population // Comprehensive Psychiatry. 2004. Vol. 45. P. 340—345.
- Hoffmann S.O.* Die alte Hysterie in den neuen diagnostischen Glossaren // Hysterie heute. Metamorphosen eines Paradiesvogels / G.H. Seidler (Hrsg.) Stuttgart: Enke, 1996.
- Hoffmann S.O., Hochapfel G.* Neurosenlehre, Psychotherapeutische und Psychosomatische Medizin. Stuttgart: Schattauer, 1999.
- Katon W.* Depression: Somatic symptoms and medical disorders in primary care // Comprehensive Psychiatry. 1982. № 23. P. 274—287.
- Kielholz P., Pöldinger W., Adams C.* Die larvierte Depression. Köln: Dt. Ärzteverlag, 1981.
- Köhler Thomas.* Psychosomatische Krankheiten. Eine Einführung in die allgemeine und spezielle psychosomatische Medizin. Stuttgart: Kohlhammer, 1995.
- Kutter P.* Der Basiskonflikt der Psychosomatose und seine therapeutischen Implikationen // Jahrbuch Psychoanalyse. 1981. № 13. P. 93—114.
- Längle A.* Die existentielle Motivation der Person // Existenzanalyse. 1999. № 16(3). P. 18—29.
- Längle A.* Praxis der Personalen Existenzanalyse. Wien: Facultas, 2000.
- Längle A.* Die Grundmotivationen menschlicher Existenz als Wirkstruktur existenzanalytischer Psychotherapie // Fundamenta Psychiatrica. 2002. № 16(1). P. 1—8.
- Längle A.* Existenzanalyse der Depression. Entstehung, Verständnis und phänomenologische Behandlungszugänge // Existenzanalyse. 2004. № 21(2). P. 4—17.
- Längle A.* Hysterie — Psychopathologie, Psychopathogenese und Dynamik. Versuch zur Rehabilitation des Konzeptes auf der Grundlage psychodynamischer und existentieller Dynamik // Psychodynamische Psychotherapie. Forum der tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapie. 2006. № 5(4). P. 187—203.
- Längle A.* Körper-Lust und Geist. Ist das Verhältnis des Menschen zur Existenz sexuell? // Existenzanalyse. 2007. № 24(1). P. 33—41.

- Längle A. Existenzanalyse. In: Längle A., Holzhey-Kunz A.: Existenzanalyse und Daseinsanalyse. Wien: UTB (Facultas), 2008.
- Längle A., Orgler C., Kundi M. Existenzskala (ESK). Göttingen: Hogrefe, 2000.
- Lazarus R.S., Folkman S. Stress, Appraisal, and Coping. N.Y.: Springer, 1984.
- Leweke F., Benesch S. Alexithymie und Krankheit. — Zusammenhänge mit somatischen, psychosomatischen und psychischen Krankheiten // Alexithymie: Eine Störung der Affektregulation. Konzepte, Klinik und Therapie / H.J. Grabe, M. Rufer (Hrsg.) Bern: Huber, 2009. P. 127—148.
- Loeb P. Psychosomatik — Integration oder Polarisierung // Psychotherapie-Forum. 2008. № 16. P. 3—7.
- Löwe B., Spitzer R.L., Williams J.B.W. et. al. Depression, anxiety and somatization in primary care: syndrome overlap and functional impairment // General Hospital Psychiatry. 2008. № 30(3). P. 191—292.
- Maddi S., Khoshaba D. Hardiness and Mental Health // Journal of Personality Assessment. 1994. № 63. P. 265—274.
- Marcel G. Être et avoir. Paris: Aubier, 1955.
- Marchesi C., Fontó S., Balista C., Cimmino C., Maggini C. Relationship between Alexithymia and Panic Disorder: A Longitudinal Study to Answer an Open Question // Psychotherapy and Psychosomatics. 2005. № 74. P. 56—60, 56.
- Marty P., de M'Uzan M. Das operative Denken // Psyche, 1978. № 32, Heft 10, P. 974—984.
- Minuchin S., Baker L., Rosman B.L. Psychosomatic families. Anorexia nervosa in context. Cambridge: Harvard Univ. Press., 1978; Deutsch: Psychosomatische Familie. Stuttgart: Klett, 1982.
- de M'Uzan M. Die psychosomatische Struktur // Seelischer Konflikt - körperliches Leiden. Reader zur psychoanalytischen Psychosomatik / A. Overbeck, G. Overbeck (Hrsg.) Reinbeck: Rowohlt, 1978. P. 170—184.
- Nemiah J.C., Sifneos P.E. Affects and fantasy in patients with psychosomatic disorders // Hill OW: Modern Trends in Psychosomatic Medicine. London: Butterworth, 1970. P. 26—34.
- Ozsahin A., Uzun O., Cansever A., Gulcat Z. The effect of alexithymic features on response to antidepressant medication in patients with major depression // Depress Anxiety. 2003. № 18. P. 62—66.
- Papciak A.S., Feuerstein M., Spiegel J.A. Stress reactivity in alexithymia: Decoupling of physiological and cognitive responses // Journal of Human Stress. 1985. № 11(2). P. 135—142.
- Petzold H.G. Körper-Seele-Gesit-Welt-Verhältnisse in der Integrativen Therapie. Der "Informierte Leib", das "psychophysische Problem" und die Praxis // Psychosomatische Medizin. 2008. № 20(1). P. 20—33.
- Pfregle A. Affektausdruck und Beziehungsregulation. München: Meidenbauer, 2000.
- Picardi A., Toni A., Caroppo E. Stability of Alexithymia and Its Relationships with the 'Big Five' Factors, Temperament, Character, and Attachment Style // Psychotherapy and Psychosomatics. 2005. № 74. P. 371—378.
- Rothe H.M. Vorbemerkungen einer existenzanalytischen Psychosomatik // Psychotherapie Psychosomatik Medizinische Psychologie. 1991. № 42(6). P. 191—220.

- Rudolf G.* Der Prozeß der depressiven Somatisierung // Somatoforme Störungen / G. Rudolf, P. Henningsen (Hrsg.) Stuttgart: Schattauer, 1998. P. 171—184.
- Rudolf G.* Psychosomatik — konzeptuelle und psychotherapeutische Aspekte // Psychotherapie-Forum. 2008. № 16. P. 8—14.
- Ruesch J.* The infantile personality // Psychosomatische Medizin. 1948. № 10. P. 134—144.
- Ruffin H.* Leiblichkeit und Hypochondrie // Nervenarzt. 1959. № 30. P. 195—203.
- Sayar K., Kirmayer L.J., Taillefer S.S.* Predictors of somatic symptoms in depressive disorder // General Hospital Psychiatry. 2003. № 25. P. 108—114.
- Scheler M.* Die Stellung des Menschen im Kosmos. Bern: Bouvier, 1991.
- Schur M.* Comments o the metapsychology of somatisation // The Psychoanalytic Study of the Child. 1955. Vol. 10; Deutsch: De- und Resomatisierung. Zur Metapsychologie der Somatisierung // Seelischer Konflikt — körperliches Leiden / A. Overbeck, G. Overbeck (Hrsg.) Reinbeck: Rowohlt, 1978. P. 82—142.
- Sifneos P.E.* The prevalence of alexithymic characteristics in psychosomatic patients // Psychotherapy and Psychosomatics. 1973. № 22. P. 233—262.
- Stern D.* Der Gegenwartsmoment. Veränderungsprozesse in Psychoanalyse, Psychotherapie und Alltag. Frankfurt: Brandes & Apel, 2005.
- Taylor G.J.* Recent developments in alexithymia theory and research // Canadian Journal of Psychiatry. 2000. № 45. P. 134—142.
- v. *Uexküll T.* Psychosomatische Medizin. Modelle ärztlichen Denkens und Handelns. München: Elsevier, Urban & Fischer, 6. Aufl., 2008.
- van der Feltz-Cornelis C.M., van Balkom A.J.* The concept of comorbidity in somatoform disorder — a DSM-V alternative for the DSM-IV classification of soatoform disorder // Journal of Psychosomatic Research. 2010. Vol. 68. № 1. P. 97—99.
- Vanheule S.* Alexithymic depression: Evidence for a depression subtype? // Psychotherapy and Psychosomatics. 2007. № 76. 315 p.
- Walcher W.* Die larvierte Depression. Wien: Verlag Hollinek, 1969.
- Waldenfels B.* Das leibliche Selbst. Vorlesungen zur Phänomenologie des Leibes. Frankfurt/M: Suhrkamp, 2000.
- Wilke E.* Psychotherapie bei psychosomatisch Kranken // Psychotherapie / C. Reimer, J. Eckert, M. Hautzinger, E. Wilke. Berlin: Springer, 1996. P. 341—390.
- Wirsching M.* Psychosomatische Medizin. Konzepte, Krankheitsbilder, Therapien. München: Beck, 1996.
- Wittgenstein L.* Philosophische Untersuchungen // Werkausgabe Bd. 1. Frankfurt / M: Suhrkamp. 1984. P. 225—580.

Адрес автора:  
Univ.-Doz. DDr. Alfred Langle  
Ed. Sueß-Gasse 10  
1150 Wien  
alfried.laengle@existenzanalyse.org

Перевод Я. Дюковой  
Научный редактор М.А. Хазанова

## THE SELF IN THE FLESH EXISTENCE AND PSYCHOSOMATICS

*ALFRIED LÄNGLE*

Existence is holistic being, i.e. embodied being in the world. Existence in EA is described by the existential fundamental motivations. They contain the psychodynamic basis which may provoke psychic disorders in the body. Drawing on clinical experience and derived from numerous theories of psychosomatics and theories of resource-enhancement, an anthropological picture and an etiological understanding of psychosomatic diseases is developed, which also offers a subjectively felt link between the body and psyche. Hence a psychosomatic disorder is characterized mainly by a blockage of the 2nd and 3rd fundamental motivations combined with an exaggerated reaction of the 1st and 4th FMs, thus resulting in the typical functional activism. Psychopathologically, one may start out with a simultaneous concurrent disorder, mutually inhibiting and therefore "masked" depression and hysteria. The personal-spiritual process of the appropriation of information is characterized by reduced reception of "impression" and development of "position-taking". — A case study exemplifies the description of this existential analytical approach to psychosomatics.

**Keywords:** Existential Analysis, psychosomatics, anthropological concept of man, existential fundamental motivations, psychodynamics.