

ПСИХОАНАЛИТИЧЕСКАЯ ПСИХОСОМАТИКА

Некоторые аспекты психосоматического функционирования Особенности психоаналитической психосоматики

Л. И. Фусу

Фусу Лариса Ивановна – врач психиатр-нарколог, канд. мед. наук, психоаналитик (IPA), член SPP (Парижская психоаналитическая ассоциация), психоаналитический психосоматик (IPSO), член Международной психосоматической ассоциации им. П. Марти, ректор Института психологии и психоанализа на Чистых прудах.

В 50-х годах XX столетия французские психоаналитики выделили и описали отдельную группу пациентов с психосоматическим функционированием. Это пациенты с эссенциальной депрессией, дефицитарностью первичного нарциссизма, скудной онирической и фантазматической жизнью, практически неспособные на горевание. Нарциссические потери (соцстатуса, уважения) являются для них опаснее, чем объектные, так как приводят к утечке и без того недостаточного нарциссизма и, как следствие этого, – к соматизации. У некоторых пациентов известие о тяжелом диагнозе приводит к душевному подъему, приливу сил – состоянию, напоминающему маниакальное возбуждение. Однако оно принципиально отличается от оно и получило название «психосоматического парадокса».

Ключевые слова: безобъектная депрессия, эссенциальная депрессия, оператарное мышление, первичная психическая материя, конформизм, либидинальная слабость, первичный нарциссизм, ментализация, дезобъектализация, нарциссические травмы, соматизация, первая топика, нарциссическое либидо, горевание, деструктивность, психосоматический парадокс.

В конце 50-х годов XX века, когда на мировой арене господствовали представления психической каузальности соматических болезней, особенно идеи психосоматической специфичности представителей чикагской школы психосоматической медицины, отцом которой по праву считают Ф. Александера, когда велись поиски характерных личностных профилей для определенных заболеваний (Ф. Данбар), когда считалось, что связующим звеном между психикой и сомой являются эмоции, в Париже на протяжении долгих лет практикующие аналитики неизменно встречались по воскресеньям и размышляли о соматизирующих пациентах: о больных с соматизациями на момент обращения к аналитику, соматизирующих во время анализа, к его окончанию и после него.

Так позже из встреч и размышлений К. Давида, П. Марти, М. де М'Юзана и М. Фэна родилась французская школа психоаналитической психосоматики, отличная от психосоматической медицины, – ИПСО (Институт психосоматики), а позже – и Международная психоаналитическая ассоциация Пьера Марти, членом которой является и автор статьи.

Главное и принципиальное отличие дуальной сомато-психической (термин пишется здесь через дефис не случайно – дефис подчеркивает отношение к душе и телу, понимаемым как разделенные между собой) медицины (сочетающей патофизиологию с некоторыми психоаналитическими концепциями) от монистической психоаналитической психосоматики (при которой человек воспринимается как психосоматическая единица) в том, что интерес клинициста связан не с симптомами, не с заболеванием, а с психическим функционированием заболевшего. Представители ИПСО заметили, что важны не симптомы и заболевания, а уровень организации личности больного. Отныне интерес психоаналитиков направляется не на симптомы и нарушения, не на болезнь, а на заболевшего человека, на его психическое устройство и функционирование.

Подход французской психосоматической школы к соматическим расстройствам покоится на трех главных клинических психосоматических проявлениях (наличие эссенциальной депрессии, оператуарного мышления, оператуарной жизни), которые вместе составляют то, что принято называть «психосоматическим функционированием» (ПСФ). ПСФ было впервые выделено и описано этой же группой французских аналитиков – основателями ИПСО – П. Марти, М. де М'Юзаном, К. Давидом и М. Фэном.

При ПСФ отмечается дефицитарность, недостаточность первичного нарциссизма из-за нехватки ранних материнских инвестиций; изначальная либидинальная слабость, из-за которой в дальнейшем влечения будут с легкостью развязываться при любой травме; конформизм, идущий из желания получить любовь и одобрение окружающих; хроническая усталость, снижение тонуса жизни, бессонница, постоянное напряжение, состояние хронического стресса. Люди с ПСФ живут под давлением Идеалов Я, устремляющих их к постоянному перфекционизму. Сниженная циркуляция между психическими инстанциями первой топки (сз-вс, псз, бсз) приводит к тому, что человек живет будто отрезанный от своего собственного опыта, от своих переживаний, от своей личной истории; коллапс

предсознания приводит к низкой способности к репрезентированию, символизированию, к слабой ассоциативной деятельности (репрезентации соединяются в предсознательном, а оно у них почти не функционирует), поэтому у таких людей обнаруживается слабая ментализация/психизация. Вместо психизации, ментализации (1-й, психический путь) у таких пациентов отмечается навязчивое повторение травмы, идущее из травматического ядра (2-й, поведенческий путь). В целом действия, поведение и характер преобладают у таких пациентов над мышлением и психизацией. Такие люди редко видят сны. Вместо сновидений у них отмечаются кошмары, в которых повторяются травматические ситуации во всей их перцептивно-сенсорной реальности. В целом сновидения людей с ПСФ бедны, редуцированы, лишены своего ониризма. Репрезентативная, фантазматическая, онирическая жизнь скудна, способность к символизации очень слабо выражена. Будто бы отрезанные от личной истории, от собственного опыта (поскольку бессознательное у них не динамично, предсознательное в коллапсе, а циркуляция между психическими инстанциями ослаблена), такие пациенты привязаны к настоящему, к восприятию. Их внутренний мир беден и пуст, да и доступ к нему практически отсутствует.

Именно поэтому они СВЕРХинвестируют реальность, пациенты держатся за перцепцию, за фактическое и за настоящее, поскольку внутри опоры нет – их внутренний мир убог и скуден, переполнен пустотами, непсихизированной первичной материей и возбуждением, которое не удается ни психизировать, ни разрядить. Это одна из важных причин, по которой работа лежат с такими пациентами невозможна.

При ПСФ часто встречается эссенциальная депрессия (ЭД).

ЭД отличается от классической депрессии отсутствием позитивной симптоматики при обилии негативной, свидетельствующей, по мнению А. Грина (*Grenn*, 1993, р. 23–27), о работе негатива – дезобъектализации, стирании работы психического аппарата. При ЭД отсутствуют характерные для классической депрессии тоска, печаль, чувство вины, фантазии и идеи самоуничтожения, самообвинения, что делает ее малозаметной и сложной для выявления. Она может выражаться клинически лишь снижением жизненного тонуса, плохим общим состоянием и постоянными недомоганиями (*Smadja*, 2016, р. 22–25).

ЭД появляется из-за длительной и тяжелой утраты нарциссического либидо. Такая потеря либидо появляется в раннем детстве, она связана с нарциссическими ранами, полученными из-за нехватки нарциссической подпитки со стороны первичных объектов. Потеря либидо происходит затем при всякой нарциссической ране (а рана появляется каждый раз, когда повреждается нарциссизм – любовь и уважение к себе). ЭД обнаруживается не у каждого психосоматического пациента, но у всех оператуарных пациентов с оператуарным мышлением.

Роль нарциссических травм и потерь при соматизации

Как известно, само рождение является травмой; едва родившись, человек переполняется страхами и тревогами и затем травмируется всю свою жизнь. Решение вопроса выхода из травмы является постоянной задачей человека на протяжении всей его жизни. Начиная с первогоря, сначала младенец, затем ребенок, позже взрослый непрерывно пытаются проделать работу горя при каждой потере, на каждом этапе своей жизни; поскольку это длительная работа и она сопровождается невыносимой душевной болью, далеко не каждому и не всегда она удается. Не проделанная работа горя всегда оставляет заметные следы, ее печать просматривается во всякой и в каждой депрессии; неоплаканные горести – важнейшие причины душевных страданий, нарушенного поведения, соматизаций, но есть и приятная сторона явления – именно от такой работы (горя) и зависит здоровье и благополучие каждого из нас (*Kapsambelis*, 2016, p. 24–27; *Kapsambelis*, 2018, p. 15–16). У каждого человека есть возможность излечиться от любого заболевания, но лишь проделав работу горя. Ибо «всякая психическая работа – прежде всего работа горя» (П.-К. Ракамье, 1992, с. 345–351).

Будучи тяжелобольным, умирая от рака и размышляя о причинах смерти, Томази ди Лампедуза пишет о том, что после любой потери, любого горя, душевной травмы и всякого рода психического страдания в душе человека остается осадок. Ежедневные горести и переживания откладывают «осадки горя» в глубине души. Именно они, полагает он, аккумуляясь, разрушают нас и в конце концов приводят к смерти. Об этом же говорит и Мишель де М'Юзан. Он утверждает, что все, что произошло с человеком начиная с первых дней его жизни, но не было им переработано, метаболизировано, впоследствии всегда стремится проникнуть в его душевную жизнь в виде симптомов, недомогания, дискомфорта. Как известно, об этом написал еще Фрейд в 1920 году в работе «По ту сторону принципа удовольствия». Уже тогда он обратил внимание, что все старые непереработанные травмы и неоплаканные потери постоянно пытаются проявиться, прорваться в настоящем, зачастую в виде навязчивого повторения. Примечательно, что уже в этой работе Фрейд указывает, что навязчивое повторение происходит не только под эгидой влечения к смерти. Позже, находясь в изгнании в Лондоне, Фрейд добавил наблюдение о том, что все, что по разным причинам не смогло быть проработано и ассимилировано, возвращается вновь и вновь не только и не столько из влечения к смерти, стремящегося свести возбуждение к нулю, сколько из влечения к интеграции. Каждое новое проявление навязчивого повторения дает нам возможность проработать хоть какую-то часть старой травмы и благодаря этому интегрировать ее. Эту идею Фрейда позже развил Рене Руссийон, обративший внимание не столько на важность самой травмы и потери как таковой, сколько на помощь окружения (или на отсутствие оной). Руссийон сместил акцент навязчивого повторения на импульсию к интеграции, под эгидой которой все ранние потери, переживания, травмы врываются в актуальную жизнь. Надежда на метаболизацию,

проработку и последующую интеграцию в психический аппарат идет извлечения к жизни. Симптомы, страдания и в конечном итоге – смерть, по его мнению, связаны именно с неметаболизированными переживаниями.

Ядро личности строится вокруг потерь, травм и разрывов, оставшихся на их месте. Французская психоаналитическая психосоматическая школа отмечает, что у каждого человека есть три пути, три возможности совладания с тревогой, потерей, справиться с возбуждением, перерастающим в травму:

1. Психический (ментализация/психизация, проработка).
2. Поведенческий (навязчивое повторение травмы).
3. Соматический (соматизация).

Соматизируют все, но некоторые прибегают к 3-му, соматическому пути чаще других – это люди с психосоматическим функционированием (ПСФ). Психосоматических пациентов называют также «нормопатами» (Д. Макдугалл), поскольку это покладистые, уравновешенные, хорошо адаптированные люди, высокофункционирующие, конформные, избегающие конфликтов, стремящиеся быть добрыми и приятными. Именно это и делает их «нормопатами» – нормальными до патологии. «Все вроде хорошо, и они нормальны, но все слишком хорошо, и они слишком нормальны», – пишет о них К. Смаджа. Они мало чем примечательны, почти не выделяются из толпы, в них нет ни изюминки, ни сумасшедшинки, они редко видят сны, почти не сожалеют о прошлом и еще меньше мечтают о будущем. Живут не так, как им бы хотелось, а «как надо», под эгидой долженствования, неся по жизни свой крест и радуясь, что «он не такой тяжелый, как у других».

Люди с ПСФ относятся к пограничному уровню функционирования, но, по мнению А. Грина (*Greene*, 1993, p. 24–29), являются самым крайним вариантом пограничности, со самой скудной онирической, фантазматической и символизирующей активностью. В целом к соматизациям чаще приводят ситуации потери, причем нарциссические потери (удар по самолюбию, самоуважению, потеря работы, соцстатуса) приводят к ним чаще объектных потерь (смерть любимого человека, разлука с ним).

После неожиданной смерти любимой дочери Софи в 1920 году Фрейд сказал Ференци: «Смерть ребенка – это ужасная пощечина судьбы, тяжелый нарциссический удар. То, что принято называть горем, приходит лишь позже». Смерть друга и пациента фон Фронда также вызывает у Фрейда больше нарциссические переживания, нежели объектные; удар по самолюбию, нарциссическая потеря преобладает над объектной. Это был тяжелый удар по самоуважению, Фрейд уязвлен, начинает сомневаться в эффективности психоаналитического метода, который он применял, обвиняет себя в ухудшении состояния здоровья своего друга и в его смерти. Правда, поскольку Фрейд был гением, он быстро пришел к выводу о том, что лечить аналитическим методом друзей, родных, знакомых невозможно и поэтому не должно. Становится понятно, почему самые серьезные дебаты, появившиеся на ближайшем конгрессе 1922 года, развернулись именно вокруг техники аналитической работы. Изучение случая Матильды (П. Марти) также позволяет отметить начало заболевания

пациентки не после объектной потери, а после нарциссического удара. Любимый брат пациентки попадает в тюрьму, но страдания Матильды связаны не с разлукой с ним (то есть не с объектной потерей), а с тем, что она оказалась плохой воспитательницей для своего брата. Позор, который она пережила при допросе в полицейском участке, лишь усилил ее нарциссические страдания.

У моей пациентки М., 43 лет, рак груди был обнаружен во время медосмотра, через год после развода. В переживаниях М. не звучало сожаление о том, что она потеряла любимого человека, не было ни печали, ни тоски, ни горя, ни даже сожаления. М. была уязвлена в своем женском естестве, она сокрушалась, что ее муж предпочел ей другую женщину потому, что она «недостаточно хороша и молода», плохо выглядит, «он ушел, потому что я утратила красоту, привлекательность, я стала неинтересной. Да и работа у меня не статусная, вообще никакая, ничего хорошего у меня нет».

Через месяц после того, как жена ушла к другому, И., офицер 52 лет, перенес инфаркт. Обратился к психоаналитику после выписки из больницы. Первые месяцы говорил в основном о том, что у жены «не было выбора», ведь она ушла к «человеку рангом выше», твердил, что понимает ее, «не может же быть привлекательным офицер ниже чином», «да и лысеть я начал, пузо появилось». Сказал, что перед инфарктом переживал о том, что ему «так и не удалось дослужиться до новой звездочки», да и на работе к нему стали относиться с меньшим уважением. В его словах не звучала объектная потеря – печаль и горечь из-за потери жены, а лишь нарциссические страдания: «я неудачник, на работе все плохо», «да еще и физически сдал», «я с трудом смотрел на себя в зеркало, я стал старым и некрасивым, думаю, наверное, поэтому жена выбрала другого», «она права, выбрала достойного, лучше меня, я – нижестатистический», «я серая мышь», «посредственность, медведь на ухо наступил, голос вороний, и пишу как курица лапой».

Судьбу каждого из нас определяют влечения – влечение к жизни и влечение к смерти. Как известно, до 1920 года Фрейд противопоставлял сексуальные влечения влечениям к самосохранению, но затем его внимание сосредоточилось вокруг взаимодействия двух важнейших сил, управляющих нашей жизнью, – Эроса и Мортидо, влечения к жизни и влечения к смерти. Либи́до принято делить на нарциссическое (направленное на себя) и на объектное (направленное на объекты, которые становятся любимыми за счет наших либидинальных инвестиций: чем больше мы инвестируем в определенный объект, тем важнее и любимее он становится для нас). Либи́до – это влечение к жизни, его потеря лишает нас сил и причиняет страдания.

Обычно потеря нарциссического либи́до приводит к физическим, соматическим страданиям, а потеря объектного либи́до вызывает тяжелые душевные, психические страдания. Следует отметить, что не бывает чисто нарциссических или чисто объектных потерь, всякая объектная потеря одновременно является нарциссической и наоборот.

Соматизации (Фрейд заболел после смерти друга, которого он не смог излечить, Матильда – обнаружив собственную несостоятельность в качестве воспитательницы, мои пациенты М. и И. – после нарциссических ударов, когда, по их мнению, супруги посчитали их недостаточно хорошими и привлекательными и предпочли им других) чаще всего связаны не с объектными потерями, а с нарциссическими, и у таких пациентов в переживаниях звучат не объектные потери, а страдания из-за собственной неполноценности, ущербности. Соматизации, как правило, появляются вследствие потери не объектного, а нарциссического либидо.

Объектное либидо также страдает при нарциссических травмах, его приходится изымать из объектов, так как оно используется для приостановления геморрагии, истечения нарциссического либидо (для «затыкания» бреши) и возмещения уже утраченного нарциссического либидо. Всякий раз, когда человек переживает нарциссический удар, он стремится к ослаблению объектных отношений, ему приходится изымать часть либидо из своих объектов. Это вынужденная мера; парадоксальным образом она направлена на сохранение либидо, поэтому срабатывает под эгидой влечения к жизни. В целом объектное либидо защищает нас от соматизаций, чем больше у нас друзей, родных, любимых, близких людей и чем инвестированнее отношения с ними, тем реже мы болеем. Почему? Потому что нарциссическую рану удастся закрыть скорее. При нарциссической ране тут же на помощь приходит объектное либидо.

Объектные отношения (с людьми) важны и полезны, они напитывают нас либидинально, но за такие (объектные) потери приходится платить душевной болью. Казалось бы, выгоднее вкладывать в себя, и тогда страданий будет меньше, но за нарциссические потери мы тоже расплачиваемся – соматизациями, по тяжести не уступающими душевным страданиям от потери близких людей. Важным моментом, как для соматизаций, так и для жизни в целом, является состояние влечений. Пока влечение к жизни удерживает влечения к смерти в связанном состоянии, мы можем работать, любить, жить. Как только качество связывания влечений ухудшается, связь ослабевает, Эрос недостаточно удерживает Мортидо и деструктивность, мы утрачиваем трудоспособность и возможность жить полноценной жизнью (*Aisenstein*, p. 33–34; *Deburge*, 2016, p. 45–46). Потеря, как объектная (любимый человек разлюбил, бросил, умер), так и нарциссическая (плохой отзыв, отказ, отвержение, оскорбление, потеря соцстатуса), всегда приводит к развязыванию влечений или к ослаблению связи между ними (*Smadja*, 1999, p. 57–58; *Chervet*, 2018, p. 13–14). Любая травма в своей вирулентности действует как ослабляющий связи фактор. Это проявляется в том числе поворотом агрессии на себя, на Я-тело. В итоге потеря, горе орудуют в недрах тела. Неистово, поскольку потерянный объект стремится вновь проникнуть в тело, чтобы снова разбередить старую рану.

Психосоматический парадокс

Как в психиатрической, так и в общемедицинской практике отмечается категория пациентов, у которых соматизация, даже тяжелая, вопреки ожиданиям, приводит к повышению их настроения. Этот транзиторный феномен был назван «психосоматическим парадоксом» (Смаджа, 2014, с. 68–69). Психосоматический парадокс, сопровождающийся активностью, выраженным оживлением, душевным подъемом, приливом сил, следует отличать от маниакального состояния, в том числе и от «белой мании» Дюпарка, от реактивной мании (Белокрылов, 1997, с. 18–20), – от состояний, несколько сходных по поверхностным клиническим проявлениям, но сильно отличающихся при пристальном рассмотрении. В отличие от маниакальных реакций и состояний при психосоматическом парадоксе аффективная сфера не затрагивается, отмечается лишь двигательная гиперактивность, настроение не повышается; нет ускоренной речи и мышления, отсутствует «скачка идей»; не обнаруживается завышенной самооценки, повышенной отвлекаемости, характерных для маниакальных состояний. Маниакальные состояния сходны с гиперактивностью пациентов с психосоматическим функционированием тем, что в обоих случаях наблюдаются повышенная активность в двигательной сфере, извращение инстинкта самосохранения со снижением потребности в еде и сне, могущие привести к истощению иммунной системы. Психические расстройства при истинных маниакальных состояниях во многом определяются интенсивностью психотравмирующего воздействия и варьируют в широком диапазоне расстройств от невротического до психотического уровня (Белокрылов, 1997, с. 22–24). Следует подчеркнуть, что эти состояния – психосоматической гиперактивности и маниакальное состояние – абсолютно отличны метапсихологически. В основе маниакального состояния (которое является защитой от депрессии) находится отрицание болезни и ее опасности. При психосоматическом парадоксе болезнь не отрицается, наоборот, пациенты прекрасно отдают себе отчет в том, что они больны. Более того, парадоксальным образом их состояние тем легче, чем тяжелее заболевание. К. Смаджа (Смаджа, 2014, с. 89–90) приводит случаи, когда раковые пациенты начинали чувствовать себя гораздо лучше, как только узнавали о том, что у них появились метастазы. Отчасти это объясняется тем, что присутствующая у них до заболевания или обострения безобъектная депрессия становится объектной за счет появления нео-объекта – больного органа (*Kapsambelis*, 2016, р. 12–14; *Kapsambelis*, 2018, р. 33–34). Важную роль в облегчении состояния пациентов с психосоматическим парадоксом играет присутствующая у них до болезни эссенциальная, то есть безобъектная, депрессия. При соматизации эссенциальная депрессия, характеризующаяся снижением витального тонуса, отступает (правда, ненадолго). Новое чувство кажущегося благополучия органически связано так же и с тем, что Марти и Смаджа называют «медицинской функцией»: врачебными осмотрами, сбором анамнеза, анализов, интересом к персоне больного, к его физиологическому и, нередко, психическому функционированию. Интерес к пациенту, инвестирование

со стороны медперсонала напитывают нарциссически психосоматических больных с изначально дефицитарным первичным нарциссизмом. Психосоматический парадокс зиждется на новой экономической данности, строящейся из метапсихологических отношений, с одной стороны, между первичной нарциссической нехваткой при эссенциальной депрессии и, с другой стороны, вторичным нарциссическим преимуществом, следующим за соматизацией. Этот эволюционный путь хорошо соответствует конъюнктуре психосоматического парадокса, так как парадоксальное измерение исходит из того факта, что соматическая болезнь может послужить сохранению индивида и его реконструкции, реорганизации. Именно больной орган или заболевание являются тем организующим центром, вокруг которого пациент может реконструировать себя, инвестируя больной орган или само заболевание. Больной орган становится объектом для пациента, а, как известно, развязанные влечения (приведшие к появлению тяжелой соматизации) могут вновь соединиться лишь на объекте. Такого рода соматизации были названы Марти «реорганизующими соматизациями». Медицинский уход и забота родных приводят к дополнительному нарциссическому подъему. Благодаря заболеванию пациент обретает значимость, становится более ценным, что значительно подпитывает его здоровый нарциссизм.

Другое объяснение психосоматического парадокса пациентов с психосоматическим функционированием связано с тем, что у них нередко обнаруживается моральный мазохизм (*Green*, 1993, p. 12–13; *Guttieres-Green*, 1999, p. 21–23; *Smadja*, 2016, p. 37–39) вкуче с бессознательным чувством вины. Не случайно такими пациентами болезнь воспринимается как наказание, быстро снижающее чувство вины (правда лишь временно) и приводящее к значительному облегчению.

Пациентка К. узнала о раке груди случайно при медосмотре, ей сразу предложили госпитализацию, но К. в больницу не спешила, тем более что, узнав о тяжелом диагнозе, она испытала душевный подъем: «На душе было легко, появилось много сил, я не уставала, как раньше. Хотелось работать, я даже прошла интервью и устроилась еще на одну работу. Я все успевала и не уставала. Навещала подруг, которых давно не видела, начала заниматься фитнесом». «Я бы оперироваться не пошла, зачем, если я чувствовала себя хорошо, но ко мне приехали мои родственники и сказали, что забирают в город Н. на операцию». К. была прооперирована, ей удалили одну грудь, затем сразу провели лучевую терапию, так как были обнаружены метастазы. Находясь в больнице, еще до операции, К. «целенаправленно занялась исследованием психики больных», поскольку предполагала, что ее повышенное настроение, появившееся после объявления диагноза, было не совсем нормальным. Оказалось, что и некоторые другие пациентки испытали что-то подобное. Это ее успокоило: «Я поняла, что я не такая уж сумасшедшая». Тогда же она начала искать объяснение своей болезни, воспринятой ею как Божья кара: «Я соблазняла грудью мужчин, поэтому мне и удалили одну грудь». Позже эти ее квазибредовые идеи видоизменились: «Я не хотела кормить

грудью своих детей, вот мне и отрезали ее». Во всех толкованиях болезнь понималась ею как наказание.

Рак легких был обнаружен у М., 38 лет, через полгода после развода. Ей была предложена немедленная госпитализация для проведения операции. М. была удивлена своей, как ей показалось, «абсолютно безумной реакцией» на известие о тяжелом диагнозе: «Мне было жалко ложиться в больницу, я впервые почувствовала себя легко и хорошо. Дома я переделала кучу дел. Я много работала и не уставала».

Важной знаковой чертой психосоматических расстройств, которая отличает их от конверсионных истерических соматических расстройств, является изначальное отсутствие скрытого, бессознательного смысла у первых. Правда, сами больные нередко пытаются найти объяснение, но речь идет о рациональном, сознательном поиске скорее объяснения, нежели смысла. Во время терапии благодаря вторичной истеризации (Швек, 2016, с. 11–114), свидетельствующей о хорошей работе, ведущей к невротизации, у пограничных психосоматических личностей появляются и бессознательные смыслы, но к излечению это не приводит, и это нас не удивляет – не они ведь были причиной болезни. А вопрос о том, найдены ли эти смыслы пациентами или они навязаны аналитиком, представляет предмет споров и дискуссий уже не одно десятилетие.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Белокрылов И. В. Реактивные мании: дис. ... канд. психол. наук / Белокрылов И. В. Москва, 1997. 149 с.
2. Смаджа К. Оперативная жизнь. Москва: Когито-Центр, 2014. 256 с.
3. Фрейд З. По ту сторону принципа удовольствия. Психология бессознательного. Питер, 2006. 170 с.
4. Швек Ж. Добровольные галерщики. Москва: Когито-Центр, 2016. 200 с.
5. Aisenstein M. A propos du texte de Sàra Botella, pensées après-coup sur le perceptif. P. 31–35.
6. Andre G. 1993 Le travail de negative Ed de Minuit Paris. P. 23–45.
7. Chervet B. Destructivité, éprouvé de mangué et fluctuations du surmoi. P. 53 Revue française de psychosomatique. № 54. PUF 2018.
8. Deburge A. Le perceptif en psychosomatique, discussion du texte de Guy Lavallée. P. 77–81 Revue française de psychosomatique. № 49. PUF 2016.
9. Guttieres-Green L. De la douleur somatique à la douleur psychique. Discussion du cas de Marina Papageorgiou. P. 111. Revue française de psychosomatique. № 15. PUF 1999.
10. Kapsambelis V. Perception et object. P. 117–121. Revue française de psychosomatique. № 49. PUF 2016.
11. Kapsambelis V. Désorganisations et destructivité. P. 95 Revue française de psychosomatique № 54 PUF 2018.
12. Lucas G. La Psychosomatique, dir. Félicie Nayrou et Gérard Szweck. P. 157 Revue française de psychosomatique. № 54. PUF 2018.
13. Racamier P.-C. Le génie des origines Payot 1992. P. 345–351.
14. Revue française de psychosomatique. № 49. PUF 2016.

15. *Smadja C.* L'énigme de la douleur dans la dépression essentielle. P. 25. Revue française de psychosomatique № 15. PUF 1999.
16. *Smadja C.* Une découverte de la psychanalyse: la psychosomatique. P. 11–14. Revue française de psychosomatique. № 49. PUF 2016.

Some aspects of psychosomatic functioning. Features of psychoanalytic psychosomatics

L. I. Fusu

Fusu Larisa Ivanovna, psychiatrist-narcologist, PhD in medical sciences, psychoanalyst (IPA), member of the SPP (Paris Psychoanalytic Association), psychoanalytic psychosomatics (IPSO), member of the International Psychosomatic Association named after P. Marti, Rector of the Institute of Psychology and Psychoanalysis on Chisty prudy.

In the 50s of the twentieth century, French psychoanalysts identified and described a separate group of patients with psychosomatic functioning. These are patients with essential depression, deficiency of primary narcissism, poor oniric and fantasmatic life, practically incapable of grieving. Narcissistic losses (social status, respect) are more dangerous for them than object losses, since they lead to the leakage of already insufficient narcissism and, as a consequence, to somatization. In some patients, the news of a serious diagnosis leads to a spiritual uplift, a surge of strength, a state resembling manic excitement. However, it is fundamentally different from this and is called the psychosomatic paradox.

Keywords: unobjective depression, essential depression, operatic thinking, primary mental matter, conformism, libidinal weakness, primary narcissism, mentalization, unobjectalization, narcissistic trauma, somatization, first topic, narcissistic libido, grief, destructiveness, psychosomatic paradox.