

# ПСИХОАНАЛИТИЧЕСКАЯ ПСИХОСОМАТИКА

---

## От психосоматической медицины к психоаналитической психосоматике

*Л. И. Фусу*

*Фусу Лариса Ивановна – психиатр-нарколог, канд. мед. наук, психоаналитик, член SPP (Парижского психоаналитического общества), IPA (Международного психоаналитического общества), психоаналитический психосоматик, член IPSO, ректор Института психологии и психоанализа на Чистых прудах.*

*Во второй половине прошлого столетия зародилась медицинская психосоматика. Пионерские работы Ф. Александера, Ф. Данбар, П. Сифнеоса выявили важные связи между особенностями личности, эмоциональной сферой и соматическими заболеваниями. Вскоре в Париже появляется IPSO (Институт психосоматики). Его представители описали особенности функционирования пациентов, которые соматизируют чаще других. При наличии системы «фиксация – регресс» благодаря регрессу появляются доброкачественные по течению, обратимые соматизации, в отличие от прогрессивной дезорганизации, ведущей к тяжелым заболеваниям и даже смерти.*

*Ключевые слова: соматизация, конверсионный симптом, оператуарность, алекситимия, «невроз судьбы», регресс, прогрессивная дезорганизация, влечение к жизни, влечение к смерти.*

Согласно подходу парижской психосоматической школы, человек – это психосоматическая единица, функционированием которой управляет психика. Хорошо работающий психический аппарат защищает от соматизации. Психе и сома, пишет Жак Андре, как два сообщающихся сосуда: чем полнее один, тем свободней другой. Чем более ассоциативна психика, чем больше продукции она выдает (даже патологической), тем меньше поражается сома (Андре, 2022, с. 35).

Как известно, перед лицом тяжелых событий и возбуждения, вызванного ими, у каждого из нас есть три пути совладания с возбуждением:

- психический (подразумевается вся совокупность психических процессов, как сознательных, так и бессознательных);
  - поведение (активная и гиперактивная жизнь, много действий. Все виды поведения, от нормального до девиантного и патологического, от аддиктивного до «буйного»);
  - соматический (появление соматических симптомов и заболеваний).
- «Соматизацией» принято называть все неконверсионные соматические симптомы.

Когда человек становится таким же, как все (конформной биомассой, с их же слов, человеком толпы, «серой мышью», полуроботом, говорящим штампами: «все, что ни делается, к лучшему», «так должно было быть», «мир прекрасен», «информация к размышлению»), начинает одеваться серо и малозаметно, – велик риск, что он заболит тяжелыми соматическими заболеваниями.

Почему?

Потому что мы наблюдаем появление коллективной психологии вместо индивидуальной. Потому что стирание, вплоть до исчезновения, психических симптомов и личных особенностей, уплощение личности, стирание уникальности, нивелирование индивидуальных особенностей и черт характера говорит о том, что 1-й, психический путь, затоплен, перегружен, выведен из строя; пси-аппарат уменьшил производство пси-продукции, а то и вовсе прекратил, и поэтому психика более не в состоянии защищать тело от всевозможных поражений. Остаются поведенческий путь и соматический.

Следует вспомнить, что соматизация и конверсионные соматические симптомы – не одно и то же!

Соматизация – плод 3-го, соматического пути, а конверсионные симптомы – 1-го, психического.

Однако есть ли хоть что-то в нас, что не создано психикой, задается вопросом Клод Смаджа (*Smadja*, 2016, р. 103). Даже в случае генетических мутаций они могут проявиться соматически только у одного из близнецов, а у другого – нет. Ничего не происходит без участия психики. В случае конверсии симптом создается при значительном участии психики и при незначительном содействии органов, при соматизации – при минимальном участии психики и при принятии сомой основного удара на себя, но любой симптом и любая болезнь (включая самую тяжелую, агрессивную и не поддающуюся никакому лечению) создаются психическим аппаратом.

Конверсионные соматические симптомы разнообразны, яркие, уникальны, потому что они созданы индивидуальным, сингулярным психическим аппаратом.

Соматические симптомы и болезни, наоборот, появляются из-за недостаточности функционирования психаппарата (изначально малоспособного выдерживать душевную боль), вплоть до его полного выведения из строя. Поэтому психосоматические пациенты так похожи друг на друга,

и нет в них никакой изюминки и даже намека на вычурность, безумие. Царят оператуарность и синдромность. У пациентов наблюдаются одни и те же симптомы и синдромы. Пациенты – разные, но симптомы – одинаковые. И внешне они становятся похожими друг на друга, потому что душевная, психическая жизнь затихает, а то и вовсе исчезает. Глаза – зеркала души – обычно у них ничего не выражают, так как душа замерла, притаилась и к ней нет доступа. Есть лишь тело, но и оно перестало быть эротическим и стало лишь местом для страдания. Из-за невыносимости страданий происходит «таинственный скачок из психики в сомум» (Фрейд, 1920, с. 57–62). Душевные страдания никуда не деваются, они просто перемещаются (и на это можно обратить внимание пациента). Когда, к примеру, пациент говорит о разлуке и добавляет: «Вначале мне было очень тяжело, но сейчас не больно. Язва желудка обострилась, это беспокоит меня», – мы можем ему сказать: «Вы говорите, что вам не больно, но похоже, боль просто переместилась. Вместо душевной боли – теперь телесная».

### **Вклад Франца Александера**

В то время, когда зарождалась французская психоаналитическая психосоматика, в мире царила «теория психосоматической специфичности» Ф. Александера.

Отец психосоматической медицины Ф. Александер пытался найти личностную диспозицию («психодинамическую конфигурацию»). В поисках особенностей личностей, готовых дать соматический ответ, Александер отметил, что существует «определенная конституция – «соматическая подверженность» (Александер, 2006, с. 56–57). Этому, как он считал, способствует «неполноценность органа». Исследуя проблему психогенеза, он заметил, что эмоциональные переживания и события предшествуют болезни, и пытался определить, какие именно эмоции, жизненные ситуации провоцируют болезни. Также ему удалось отследить то, что позже было подробно описано представителями парижского института психосоматики (IPSO) – бессознательное подавление чувств приводит к хронической дисфункции органов (Александер, 2006, с. 95–98).

### **Концепция «личностных профилей» Хелен Фландерс Данбар (1943)**

Ученицу Феликса Дойча, Хелен Фландерс Данбар, называли матерью психосоматики. Она попыталась интегрировать религию в науку и, наоборот, медицину в психиатрию, соединила медицину и психологию. Вела поиск корреляций между соматическими типами реакций и постоянными личностными параметрами (*Dunbar, 1935, p. 24–25*).

Она описала:

1) Личность, склонную к несчастьям. У 80% людей, переживших повторные несчастные случаи, она обнаружила характерный личностный профиль; ими оказались незрелые, импульсивные, ведущие неупорядоченный

образ жизни люди, склонные к авантюризму, живущие одним моментом, легко возбудимые, не контролирующие свою ауто- и гетероагрессивность. При этом они проявляли тенденцию к самонаказанию, исходящую из неосознанного ими чувства вины. Эти люди напоминают страдающих «неврозом судьбы», о которых писал Фрейд, и людей с психосоматическим функционированием, описанных позже представителями IPSO.

2) Коронарную личность, – склонную к ангинозным жалобам и развитию инфаркта миокарда. Выдержанные, целеустремленные, авторитарные, трудоспособные, агрессивные, способные к деятельности с большой последовательностью и самообладанием, которые в состоянии отказать от непосредственного удовлетворения своих потребностей ради достижения отдаленной цели.

3) Язвенную личность, – тревожную, нередко в сочетании с агрессивностью, недоброжелательностью, которую предпочитают скрывать.

Затем она описала целый ряд других личностей: артрическую, диабетическую и т. д. (*Dunbar, 1947, p. 35–36*).

Данбар описывает и общие особенности, присущие всем больным с психосоматическими расстройствами: инфантильность, недостаточную включенность в ситуацию, неспособность к словесному описанию своих чувств и переживаний (здесь мы обнаруживаем алекситимию, описанную позже Сифнеосом и Немиа).

### Концепция алекситимии

Термин «алекситимия» (описан в 1968-м, предложен в 1973 г.) введен Сифнеосом и Немиа для обозначения ведущего психологического расстройства, лежащего, по их мнению, в основе психосоматических заболеваний, – ограниченной способности индивида к восприятию и описанию собственных чувств и эмоций, их адекватной вербализации и экспрессивной передаче, неспособности понять чувства другого человека, трудностями определения различий между чувствами и телесными ощущениями, фиксацией на внешних событиях в ущерб внутренним переживаниям. У таких пациентов обнаруживается бедность фантазий и воображения (*Sifneos, 1996, p. 9–12*).

### IPSO

В начале 1950-х годов работы психосоматиков находились под влиянием психосоматической медицины и строились вокруг медицинских нозологических единиц. Так, они исследовали отдельные болезни: радикулиты, цефалгии, аллергии, глаукому, в основном проводились медицинские и медико-психоаналитические исследования некоторых синдромов.

Как отмечает К. Смаджа, после выступления Пьера Марти и Мишеля Фэна о причинах смертности в первой декаде 1960-х годов наметился поворот в сторону метапсихологического исследования. О них было заявлено на конгрессе в Барселоне, М. Фэн и К. Давид выступили с докладом «Функциональные аспекты онирической жизни», а П. Марти и

М. де М'Юзан – с докладом на тему: «Оперативное мышление». Затем, в 1963 году, вышла коллективная книга «Первичное интервью психосоматического пациента», которая ознаменовала рождение психоаналитической психосоматики, за ней последовала целая серия статей: «Исследование фантазмов» в 1964 году, «Генезис нарциссизма» в 1965 году, «Эссенциальная депрессия» в 1966 году, затем выходят в свет «Процессы соматизации» П. Марти в 1967-м (Смаджа К., 2014, с. 26–28).

На протяжении 20 лет П. Марти, М. Фэн, М. де М'Юзан, К. Давид работали вместе и выпускали коллективные работы. Затем каждый начал издавать свои собственные труды. Вместе они описали особенности психосоматического функционирования, в частности недостаточность, дефицитарность бессознательного, его низкую динамичность. Они отметили двойную нехватку. Тщетные поиски скрытого, бессознательного смысла у пациентов с ПСФ, как отметил М. Фэн, нанесли психоаналитикам немало тяжелых нарциссических ударов и причинили немало нарциссических страданий. Вначале психоаналитики чувствовали себя некомпетентными, ранеными нарциссически в работе с соматизирующими пациентами из-за того, что им никак не удавалось найти скрытый бессознательный смысл заболеваний, понадобились время и совместные размышления, прежде чем они поняли, что это не связано с их недостаточно хорошей работой, с неправильными интерпретациями, как они полагали, а всего лишь с тем, что невозможно было найти то, чего не было (речь идет о бессознательном смысле). Поворотным моментом стало выступление Мишеля де М'Юзана в 1973 году на Всемирном конгрессе психосоматиков в Амстердаме, его выступление стало эпохальным. Он отметил, что были исследованы пациенты, которые с первых интервью обратили на себя внимание. Эти пациенты сильно отличались от обычных невротических пациентов, с которыми привыкли работать аналитики. Их социальная адаптация была чаще всего хорошей, даже замечательной. У таких пациентов отмечалось очень мало невротической симптоматики или она вообще отсутствовала. От нормы они отличались лишь присутствием тех или иных соматических симптомов. Однако их объединяла одна особенность, и она обращала на себя внимание. Оказалось, что большинство пациентов было неспособно фантазировать. Так проявлялся дефект бессознательного. С тех пор дефицитарность фантазматических способностей является важным, если не основным семиологическим аспектом у таких больных (Смаджа, 2014, с. 78–81).

### Ментализация

Как известно, работы аналитиков парижской психосоматической школы перевернули концептуально психосоматический подход, предложив в 1950-х годах изменение существующей в ту пору парадигмы. В то время чикагская школа во главе с Францем Александером была самыми известными на международном уровне, их психосоматические размышления проходили под эгидой медицинских и нейрофизиологических концепций.

Французские психоаналитики переместили психосоматический подход с медицинского, психологического на метапсихологический; с симптомов и болезней на больного человека, на его психическое функционирование. Вскоре появилось понятие ментализации, введенное П. Марти, а позже и дементализации, принадлежащее М. Фэну. Эти два концепта принадлежат новому психоаналитическому подходу к соматизирующим пациентам. С тех пор понятия ментализации и дементализации находятся в сердцевине всех статей и работ психоаналитических психосоматиков. Все они отмечают у соматизирующих пациентов ту или иную недостаточность, нехватку, неспособность к психической проработке, что мешает субъектам справляться с теми конфликтами, которые обычно появляются у каждого человека на пути его развития.

Понятие ментализации появилось у П. Марти под воздействием работы Фрейда «По ту сторону принципа удовольствия» (1920) – Марти вдохновился экономической точкой зрения, описанной в работе, в соответствии с которой избыток возбуждения может привести к появлению травматического состояния, если защитные механизмы переполнены или не срабатывают на тот момент (Фрейд, 2006, с. 24–26).

Пара ментализация – дементализация обнаруживается уже в работах Фрейда (несмотря на то что он не использовал подобную терминологию), а именно в работах, где он проводил параллель между защитными психоневрозами и актуальными неврозами.

В защитных психоневрозах Фрейд рассматривал симптомы как компромиссные образования между репрезентантами влечений, исходящими из бессознательного, и Я. Эти симптомы находятся в цепи психических событий, среди которых мы обнаруживаем страх кастрации, вытеснение и целый ряд других защитных механизмов Я. Такая конъюнктура обычно вписывается в эдипову организацию субъекта.

Актуальные неврозы, наоборот, описываются Фрейдом как результат прерванной траектории влечений, которым так и не удалось дойти до психизации. Такая конъюнктура приводит к появлению психопатологии, в которой преобладают диффузная или плавающая тревога и различные соматические симптомы, которые легко можно отличить от конверсионных соматических истерических симптомов.

Уже в 1950-х годах Пьер Марти и Мишель Фэн в целом ряде публикаций отмечают, что у соматизирующих пациентов присутствует нехватка невротических механизмов защиты и что эта нехватка замещается соматическими механизмами. Под этим углом авторы рассматривают и болезни, протекающие приступообразно (как правило, такие болезни появляются не вследствие прогрессивной дезорганизации, а вследствие регресса и характеризуются благоприятным исходом). Автор указывает на то, что неудача формирования невротической психической организации, или невроза характера, из-за отсутствия психических фиксаций ведет Я к регрессу на соматический уровень. Так постепенно развивается идея о том, что качество психической проработки сказывается на психосоматической экономии субъекта.

Известно, что П. Марти придавал особое значение травмам первых двух лет жизни и отношениям мать – дитя первых двух лет жизни. Мишель Фэн полагал, что ранние травмы и в целом качество родительского окружения, мешающее развитию нормальной эдиповой структуры у ребенка, ориентируют развитие влечений ребенка в сторону дефицитарной ментализации и эту нехватку ментализации можно обнаружить уже в раннем возрасте. Помехой в появлении ментализации является, разумеется, и неудача галлюцинаторного удовлетворения желаний (ГУЖ) в самом начале психической жизни ребенка. Для галлюцинирования (названного не случайно Фрейдом предтечей мышления) необходим удовлетворительный опыт хороших отношений. Галлюцинации потом сменяются мечтами, фантазиями, размышлениями. Такая неудача ГУЖ влечет за собой и другие недостаточности и дефекты, в частности нехватку фантазматической жизни, формирования репрезентаций, недостаточное появление и установление аутоэротизмов.

«Объект (внутренний) рождается в ненависти» (Фрейд), во время фрустрации, вызванной отсутствием матери. Следует отметить, что это возможно, лишь если фрустрация переносима для конкретного младенца. Отсутствие матери дольше определенного времени (оно индивидуально для каждого младенца) не может способствовать структурированию его психики, наоборот, травмирует младенца и приостанавливает его развитие. Не менее важно и другое – постоянное присутствие матери мешает галлюцинированию, являющемуся предтечей мышления. Как утверждает П.-К. Ракамье, невозможно мечтать и фантазировать о том, что находится рядом (*Racamier, 1992, p. 221–223*). Ребенок может галлюцинировать грудь, а позже и мать, лишь в ее отсутствие. Внутренняя психическая работа (галлюцинирование, репрезентирование, формирование фантазмов) возможна только при отсутствии восприятия (а значит, и объекта восприятия).

Как отметил Фрейд, мышление появляется вслед за галлюцинированием. Однако при оператуарных взаимодействиях толерантность к фрустрациям крайне низка, и даже непродолжительное отсутствие матери становится травматичным для ребенка. У младенца нет средств для того, чтобы справиться с резкой дезинвестицией, и ему удается интериоризировать лишь влечение к смерти, которое присутствует всегда в связки влечений и которое преобладает в момент расставания. Такой младенец интериоризирует только влечение к смерти, которое передает ему мать, желающая его оставить на время, покинуть, избавиться от него.

Дети-аутисты, психотические дети, как заметил Ж. Швек, не случайно любят играть со щеколдой двери (таким образом они повторяют вновь и вновь травматичную для них ситуацию ухода матери), с шуршащей бумагой (повторяя вновь звуки уходящей матери). Они навязчиво повторяют травму, поскольку травматические перцепции (внешние восприятия уходящей матери) так и не смогли быть репрезентированы (трансформированы во внутренние представления уходящей матери) и интегрированы (Швек, 2014, с. 7–58). Там, где предсознательное (следует отметить, что у пациентов с ПСФ предсознательное слабо функционирует)

не в полной мере, а то и вовсе не выполнило свою работу по репрезентированию, из-за недостаточности связывания срабатывает навязчивое повторение травмы.

Навязчивое повторение появляется вместо отсутствующей репрезентации. При таком повторении повторяется реально прожитая, но не пережитая внешняя сенсорно-перцептивная реальность. Если все повторяется идентично, такое повторение поддержано влечением к смерти. Если повторение лишь подобно пережитому, оно поддерживается влечением к жизни, потребностью в интеграции и способствует психической проработке, правда незначительной.

## Дементализация

Размышляя о понятии дементализации в статье «Клиническая картина одного состояния дементализации», К. Смаджа отмечает, что исторически понятие дементализации связано с психосоматическими исследованиями французской школы (Смаджа, 2016, с. 12–14).

Дементализация является проявлением в негативе поля, которое не может быть проработано с помощью психических средств. Понятие дементализации невозможно понять без ее динамических отношений с ментализацией. В целом психоаналитические психосоматики согласны определять работу ментализации как способность формировать и прорабатывать психические репрезентации влечений в двух измерениях – количественном и качественном. Психоаналитическая клиника соматических пациентов показывает, что повреждение качества репрезентативной и фантазматической жизни ориентирует психосоматическую экономию к непсихическим путям и исходам, а именно к поведенческим и соматическим.

Термин «дементализация» является неологизмом. Он предполагает, что у ментализации что-то было отнято. Приставка «де» предполагает некое изъятие динамического движения. Дементализация указывает на нехватку, недостаточность (транзиторную или механическую) психических механизмов, способных к проработке влечений, как это происходит при невротических состояниях. Понятие «дементализация», отмечает Смаджа, предполагает, что некая форма ментализации была упразднена, деконструирована в какой-то момент. Во всяком случае, сила травматических ситуаций и время их появления (чем раньше, тем прогностически менее благоприятные) влекут за собой определенную дефицитарность ментализации и в дальнейшем играют важную роль в появлении дементализации.

В теоретическом корпусе теории П. Марти мы находим термин «ментализация», а «дементализация» отсутствует. Вместо дементализации П. Марти пишет о дезорганизации. Появление дезорганизации предполагает, что в психическом аппарате в некоторых случаях, особенно в травматических ситуациях, начинает орудовать деконструирующая сила, стирающая основы, на которых была построена психическая организация субъекта. Эта сила была названа П. Марти контрэволютивным движением, поддержанным индивидуальным влечением к смерти. Так, для Пьера Марти дементализация соответствует стиранию механизмов



ментализации. Мы также не находим понятие дементализации в работах Андре Грина, однако описанная им дезобъектализующая функция, свидетельствующая о присутствии влечения к смерти и о ее активности в психическом функционировании, очень близка к дементализации (*Green, 1993 p. 27–29*).

Дезобъектализация предполагает радикальное и исключительное движение по дезинвестированию с потерей психических способностей к реинвестированию (*Green, 1993 p. 47–49*). Дезобъектализующая функция приводит к тому, что объект утрачивает свои объектные качества, статус объекта. Как утверждает К. Смаджа, дементализация очень сильно и почти полностью совпадает с радикальной формой работы негатива А. Грина. По мнению М. Фэна, дементализация связана с незаконченностью влечений.

Обычно дементализацию можно заметить уже на первом первичном интервью. Красной лампочкой наличия оной является отсутствие наслаждения, удовольствия, радости жизни, психическое функционирование по ту сторону принципа удовольствия. Обычно у пациентов обнаруживается стремление к совладанию с собой: «я должна быть спокойной», «я это смогу», «я должна справиться», «у меня все получится», «я должен сохранять уравновешенность», «я не должен эмоционировать», «у меня всегда все норм.», – которое преобладает над символизацией и давит, в экономическом плане, тяжелым грузом, мешая психическому функционированию.

### **Регресс и прогрессивная дезорганизация**

Как отмечает П. Марти, соматизации происходят либо из-за регресса, поддержанного влечением к жизни, либо из-за прогрессивной дезорганизации (ПД), поддержанной влечением к смерти, при отсутствии всякой либидинальной активности. Он полагал, что ранние травмы могли оставить точки фиксации только при условии достаточного инициального либидо, а оно, в свою очередь, зависит от качества ранних либидинальных отношений мать – дитя.

Особенностью пациентов с ПСФ является слабость системы фиксации – регресс; отсутствие точек фиксации и/или их слабость делают проблематичным регресс, и тогда травматическое событие запускает ПД, поскольку контрэволютивное движение ничем не останавливается.

У таких пациентов обнаруживается «либидинальная нехватка», из-за которой эффективные защитные системы не могут установиться. Марти обращает внимание на «недостаточность совокупности защитных площадок/точек», которые «составляют структуру субъекта и свидетельствуют о его либидинальной силе». Либидинальная сила зависит от количества и качества либидинального вклада матери. Поскольку материнский либидинальный вклад оказался недостаточным, защиты, способные остановить прогрессивную дезорганизацию (являющуюся движением по деконструкции, ведущей к анархии первичной мозаики), не смогли развиваться.

Эссенциальная депрессия и оператуарная жизнь являются клиническими проявлениями ПД, согласно П. Марти.

Примечательно, как заметил П. Марти, что нередко обнаруживается очень раннее появление оператуарного функционирования у ребенка. У маленьких детей и у новорожденных он отмечал «инициальную либидинальную слабость». П. Марти полагал, что основной причиной инициальной либидинальной слабости являлась нехватка любви в отношениях мать – дитя, а М. Фэн считал, что важным фактором явились проявления материнского влечения к смерти. Несмотря на разный взгляд на причины этого явления, и Марти, и Фэн были едины во мнении о том, что у таких детей отмечается преждевременно развитое Я, преждевременная самостоятельность. Именно от «материнской функции», которую выделял Марти, от «материнского управления» зависит формирование и запуск витальных функций младенца. Мать собирает функции, иерархизирует их и способствует формированию функциональной психической единицы. Речь не идет о простом приспособлении матери к ребенку и о соностройке, П. Марти подчеркивал важность материнского бессознательно-го в отношениях и эмоциональных обменах мать – дитя.

Известная техническая рекомендация П. Марти «от материнской функции к психоанализу», предложенная им в 1990 году, которая применяется при работе с пациентами с ПСФ по сей день, особенно при ПД, зиждется на его концепции о недостаточно либидинализованных отношениях мать – дитя, когда именно мать недостаточно их либидинализирует. Либидинальные инвестиции аналитика, особенно на первом этапе работы с такими пациентами, играют очень важную, если не решающую роль.

## СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. *Александр Ф.* Психосоматическая медицина. Принципы и применение / Пер. с англ. А. М. Боковой, В. В. Старовойтова; под научн. ред. С. Л. Шишкина. М.: Институт общегуманитарных исследований, 2006.
2. *Андре Ж.* 100 слов психоанализа. Когито-Центр, 2022. 165 с.
3. *Смаджа К.* Оператуарная жизнь. Москва: Когито-Центр, 2014. 256 с.
4. *Фрейд З.* По ту сторону принципа удовольствия. Психология бессознательного. Питер, 2006. 170 с.
5. *Швек Ж.* Добровольные галерщики. Москва: Когито-Центр, 2016. 200 с.
6. *Dunbar H. F.* (1935) Emotions and Bodily Changes, Columbia University Press (New York).
7. *Dunbar H. F.* (1947) Mind and Body: Psychosomatic Medicine, Random House (New York).
8. *Green Andre.* (1993.) Le travail de negative. Ed de Minuit Paris. P. 23–45.
9. *Racamier P.-C.* (1992) Le génie des origines Payot. P. 345–351.
10. *Sifneos P. E.* (1973) The prevalence of «alexithymic» characteristics in psychosomatic patients. Psychother. Psychosom. Vol. 22. P. 255–262.

11. *Sifneos P. E.* (1996) Alexithymia: Past and Present. *Am. J. Psychiatry*. Vol. 153. P. 137–142.
12. *Smadja C.* (2016) Une découverte de la psychanalyse: la psychosomatique. P. 11–14. *Revue française de psychosomatique*. № 49. PUF.

## From psychosomatic medicine to psychoanalytic psychosomatics

*L. I. Fusu*

*Fusu Larisa I., psychiatrist-narcologist, PhD in medical sciences, psychoanalyst, member of SPP (Paris Psychoanalytic Society), member of IPA (International Psychoanalytic Association), psychoanalytic psychosomatic, member of IPSO, rector of the Institute of Psychology and Psychoanalysis at Chistye Prudy*

*The second half of the twentieth century saw the birth of medical psycho-somatics. The pioneering works of F. Alexander, F. Dunbar, and P. Sifneos revealed important links between personality traits, the emotional sphere, and somatic diseases. Soon IPSO (IPSO, Institute of Psychosomatics) appeared in Paris. Its representatives described the peculiarities of functioning of patients who somatize more often than others. In the presence of fixation-regression system due to regression there appear benign in course, reversible somatizations, as opposed to progressive disorganization leading to serious illnesses and even death.*

*Keywords: somatization, conversion symptom, operativity, alexithymia, «neurosis of fate», regression, progressive disorganization, attraction of life, attraction of death.*