

НАУЧПОП ДЛ Я ВСЕХ



*Игнатию Журавлеву и Светлане Шаниной,
без которых я не нырнул бы
в психоанализ под правильным углом.*

*Никите Джигурде и Марине Анисиной,
без которых эта книга никогда бы
не получила импульса к написанию.*

*Ивану Лупандину,
без которого я бы не нашел простых
слов для сложных категорий.*

НАУЧПОП ДЛ Я ВСЕХ

ВАСИЛИЙ ЧИБИСОВ

ВСЯ

ФИГНЯ—

ОТ МОЗГА?!

ПРОСТАЯ ПСИХОСОМАТИКА
ДЛЯ СЛОЖНЫХ ГРАЖДАН

Издательство «АСТ»
Москва

УДК 616.89:93/99

ББК 56.14

Ч-58

Чибисов, Василий.

Ч-58 Вся фигия – от мозга?! Простая психосоматика для сложных граждан / Василий Чибисов. – Москва : Издательство «АСТ», 2017. – 416 с. – (Научпоп для всех).

ISBN 978-5-17-105765-7.

Бессонница, панические атаки, лишний вес, заболевания на нервной почве, интимные проблемы – в обиходе эти явления принято называть психосоматическими. С этими вопросами мы приходим к психологу, психотерапевту, психоаналитику, иногда к психиатру – лишь бы была заветная приставка «психо». И ждём ответов. А вместо ответов – сплошные сюрпризы, потому что «психо» вам в этих вопросах не помощники.

Читателю предлагается утонченная, оригинальная и в меру ироничная концепция психосоматических проблем. Двигаясь от грязной нейронной конкретики к чистым психоаналитическим абстракциям, мы познакомимся с вопросами свободной речи, агрессии, социофобии, ложного Сверх-Я, сепарации, психиатрической власти. Для пущей убедительности всю теорию приправим пикантными случаями из практики. И вы, возможно, наконец поймёте, что это за зверь такой – психосоматика.

УДК 616.89:93/99

ББК 56.14

ISBN 978-5-17-105765-7.

© Чибисов В., текст

© ООО «Издательство АСТ»



Глава 1.
Когда психоаналитику
ничего делать
Sunt cuique

1.1. ИГРЫ В ДОКТОРА

Казалось бы, что может быть ближе и роднее психоанализу, чем психосоматика? Бессонница, панические атаки, лишний вес, заболевания на нервной почве, интимные проблемы — в обиходе эти явления принято называть психосоматическими. С этими вопросами мы приходим к психологу, психотерапевту, психоаналитику, иногда к психиатру — лишь бы была заветная приставка «психо». И ждем ответов. А вместо ответов — сплошные сюрпризы.

Первый сюрприз. Настоящая психосоматика — это раздел классической медицины! Психосоматическая медицина уже давно занимается другими проблемами, ей не до нас. Вопрос о взаимосвязи психики и соматики там давно решён. А любимые нами истерия, депрессия, бессонница, компульсивное переедание — так и вовсе не являются психосоматическими расстройствами в *медицинском* смысле. Собственно, в немедицинском, в чисто психоаналитическом смысле, они тоже являются **не** психосоматикой, а *конверсией*. И то, и другое — это телесное проявление неудачных маневров

либидо. Но маневры бывают разными, соответственно разными будут и подходы к анализу. Удивительно, что до сих пор современные аналитики не озаботились серьезным изучением именно психосоматических проблем. В этой книге мы исправим ситуацию.

Второй сюрприз. Зигмунд Фрейд [1] не занимался (и нам не советовал) анализом больных с органическими расстройствами (будь то обычная астма или тяжёлый психоз). Строго говоря, там нечего анализировать. В самом деле, что делает психоаналитик? Он способствует выявлению, манифестации и разрешению бессознательных конфликтов. А тут пациент всё сам манифестировал и осознал. Конфликт разрешился (жаль, не в пользу больного). Коль скоро настоящая психосоматика — это область медицины, то лезть туда с аналитическими намерениями нельзя.

Так лезть или не лезть? Лезть, но не в медицинскую, неклиническую. Среди психосоматических проблем есть большой пласт чисто житейских неприятностей, на которые врачи не станут тратить время. Психоаналитики станут, но без предварительной теоретической подготовки они рискуют перепутать психосоматику и конверсию, то есть «обычные» неврозы и «необычные». Как следствие — низкая результативность. Мы вовремя заметили разницу и обратились не к Фрейду, а к Ференци [2]. Этих двух титанов нельзя рассматривать отдельно, как нельзя отдельно интересоваться историями Австрии и Венгрии. Фрейд анализировал классических истеричек, навязчивых и фобических невротиков. Ференци занимался клиническими параноиками и страдающими от психосоматики. Предупредим сразу: мы не будем тратить время на подробный пересказ классических психоаналитических текстов. Но если ситуа-

ция позволит привести малоизвестную цитату или быстро освежить ваши знания — почему бы и нет?

Почему же психосоматика ошибочно ассоциируется с психоанализом? Или не ошибочно? И как чисто медицинская область знаний разрослась так, что поглотила совсем не медицинские проблемы?

Так сложилось исторически и семантически.

К сожалению, несколько учеников Фрейда вместо того, чтобы развивать теоретический аппарат и накапливать экспериментальный материал (как это делал Шандор Ференци), развлекались, играя в доктора. Особенно отличился Фриц Александер. Изначально была смелая, почти сектантская, идея: «А давайте мы создадим свою собственную медицину, назовём её психосоматической и противопоставим классической медицине».

Не состоялось. Вместо отдельной науки появилась психосоматическая концепция, равномерно размазанная по медицине. Внутри психосоматической концепции есть множество подходов и направлений. Казалось бы, нас просто обязано интересовать психоаналитическое направление. Но от психоанализа там — одно название. Это дань уважения. Напоминание, что вклад в развитие этого направления внесли психоаналитики. Не психоаналитики даже, а психоаналитически ориентированные клиницисты. Точнее было бы говорить о психоаналитическом импульсе или психоаналитическом вдохновении. Получив этот импульс, психосоматика развивалась внутри медицины, вдали от своего теоретического первоисточника. Медицина усыновила отвергнутого отпрыска психоанализа.

Психосоматическая логика была довольно проста. Очевидно, что соматические проблемы влияют на психику па-

циента. Обычный насморк способен здорово испортить настроение и снизить когнитивные возможности. О депривации сна и говорить нечего. Почему бы не предположить, что психические процессы способны оказывать встречное влияние на соматику? Мы ведь контролируем моторику, речь, внимание. Что мешает влиять на собственное артериальное давление, пищеварение, потенцию, дыхание? Разумеется, в разумных (или не очень) пределах.

Нам-то сейчас это кажется очевидным, а в начале прошлого века чисто физиологический подход едва не взял реванш. Лучшие умы были под впечатлением от открытий в квантовой физике и нейрофизиологии. Казалось, что любые сложные процессы удастся детерминировать и разложить на более простые. Эта иллюзия, унаследованная от средневековых философов-механицистов и вульгарных материалистов эпохи Просвещения, была окончательно повержена только с появлением синергетики и нелинейной динамики. Ну и структуралисты помогли кое-где.

Итак, соматические процессы (особенно патогенные) *в какой-то мере* связаны с процессами психическими. Но вот вопрос — в какой? Ответ породил разветвление психоаналитического подхода на большую и малую психосоматику. Малая психосоматика изучает функциональные (соматофорные) расстройства, у которых есть хорошо наблюдаемая органическая основа. Психика здесь влияет на *особенности течения* болезни (возникновение, течение, компенсация и пр.).

Большая психосоматика занимается болезнями, которые непосредственно «созданы» психикой. Подчеркнём, что это лишь один из возможных (и рискованных) подходов к таким серьёзным заболеваниям, как астма, артрит,

нейродермит, язвенный колит. Найдётся немало врачей, которые категорически не разделяют *такую* версию психосоматического подхода. Их скепсис можно понять. В эпоху тотального патогенеза органические причины есть почти у любого заболевания, даже самого психогенного.

Например, астма может быть формой аллергической реакции. И в таком случае вам или вашему ребёнку нужен иммунолог-аллерголог, но никак не психотерапевт. Наука в этой области достигла замечательных результатов [3]. Порой ингалятор, проба Пирке и утилизация старых ковров — гораздо эффективнее, чем самый дорогой сеанс гипноза.

Поэтому мы предупреждаем (на правах автора и психоаналитика): никакая психотерапия, никакой психоанализ, никакая альтернативная медицина **не могут заменить традиционную медицину**. Если «психолог» противопоставляет себя врачу — бегите от такого «психолога». Сначала вы **должны исключить органику**, то есть получить на руки медицинский диагноз. Диагноз от традиционного врача, с попутной сдачей анализов (не психоанализов!), с обследованием на современном оборудовании... Если (не дай Бог) находят органику — вы получаете **всё необходимое соматическое лечение**.

Не исключено, конечно, что органика может переплетаться с психическими проблемами. В таком случае врач вам так и скажет: «Имеют место (например) органические невроты». Вот тогда можно идти к психотерапевту. Но мы рекомендуем, чтобы это был не просто психотерапевт, а **врач-психотерапевт**. Потому что (в который раз) даже малая психосоматика является **медицинским** диагнозом и заниматься ей должны **медики**.

Человек без медицинского образования и лицензии, оказывающий медицинские (или якобы медицинские) услуги, — мошенник. В лучшем случае. В худшем — это психически неустойчивый субъект, пошедший в «целители» для откорма собственных психических демонов. За ваш счёт. Помните шутку о том, что большинство психологов (психотерапевтов, психиатров...) сами нуждаются в лечении? Так вот, это не шутка.

В общем, потихоньку маятник летит в другую сторону. Сто лет назад Фрейд показал, что нельзя сводить психику к сознанию, патогенез к этиологии, функциональные неврозы к физиологии. Теперь остужается пыл у любителей сводить всё к психологии.

Роль психики в патогенезе многих заболеваний была явно переоценена. Каждое новое открытие в генетике, фармацевтике, нейрофизиологии оставляет всё меньше работы психологам. Психосоматические болезни на поверку оказываются вызванными не психикой, а самой обычной «органикой».

В семидесятых годах психосоматическая медицина и вообще сменила вывеску. Медики в России и в мире больше не говорят о психосоматике. Они используют красивый термин — «биопсихосоциальная парадигма». Под вывеской психосоматики всё чаще собираются альтернативщики. Разной степени альтернативности и особенной одарённости.

Так что же?

1.2. РАСХОДИМСЯ?

На самом деле нет. Всё самое интересное только начинается. Кто вообще сказал, что нас интересует медицина или её «психологические» ветви? Если вдруг *кто-то* (не будем показывать на кляйнианцев пальцем) забыл, то напомним. **Психоанализ не принадлежит ни медицине, ни психологии.** Психоанализ не является заменой классическому лечению. Увы, многие современные аналитики верят в своё всемогущество и пытаются заменить собой врачей (нанося огромный вред клиентам). Чего стоит одна только мошенническая схема Х. Шпотница, по которой «аналитик» берётся за поддерживающую «терапию» клинических психически больных.

Поэтому тему медицины мы закрываем: не будет у нас ни клинических терминов, ни сбора анамнеза, ни цитат из МКБ-10, ни лекарств. Разговор на эту тему должен вести человек со специальным **медицинским** образованием и с опытом **клинической** практики.

Но нас не интересует и абсолютная нормальность — просто потому, что в современном дискурсе от понятия

нормы остались рожки да ножки [4]. Норма — это гармония невроза и психоза. Нормальных нет. Есть обычные, но они не интересны ни нам, ни вам, ни истории, ни прогрессу.

Таким образом, мы соскакиваем с заезженной оси, где на полюсах находятся норма и патология. Нас больше прельщает другая система координат, где масштаб позволяет изучать феномены на грани нормальности. Всё самое ценное разворачивается между нормой и патологией, на самом краю адаптивности, на кромке хаоса, на стыке саморегуляции и иллюзии всемогущества, на пересечении коммуникации и манипуляции — на этом странном аттракторе психической динамики.

В этой книге мы разберёмся с такими психосоматическими особенностями, как бессонница, панические атаки, навязчивые движения и переедание (куда же без священных коров). Конечно, и эти проблемы можно было отдать на откуп медикам. Но задумайтесь. Разве в России много найдётся врачей, готовых всерьёз лечить вас от бессонницы? Тот же лишний вес (исключая генетику и гормональные сбои) является лишь индикатором более глубоких проблем... Впрочем, проблем ли? Почему вы считаете себя проблемным (проблемной)? Вам так сказала общество. И до общества мы тоже доберёмся. Ведь что такое телесность с точки зрения социума? Это последний рубеж власти, ультимативный способ навязать субъекту практически любой порядок.

Вернёмся к красному словцу из семидесятых, к «биопсихосоциальной парадигме». Что за ним скрывается? Ничего чудесного или нового. Просто очевидная идея о взаимосвязи биологических, психических и социальных факторов. Кто бы мог подумать...

Поэтому о психосоматике (в классическом смысле) говорят всё меньше. Во всём мире (и у нас) взята на вооружение биопсихосоциальная парадигма. Философский фундамент этого безобразия вы встречали в текстах представителей франкфуртской школы. Любопытный синтез философии и психотерапии получился у Виктора Франкла. Настоящие исследователи (те же нейрофизиологи) держатся от этой парадигмальной химеры на расстоянии.

Ощутимый практический результат биопсихосоциального подхода — это новые бригадные формы врачебной работы [5]. В бригаде кроме обычных кардиолога, психиатра и других, представлены также врач-психотерапевт, клинический психолог и социальный работник. Присутствие последнего особенно показательно. Медицина и наука всё больше смещаются куда-то в сторону благотворительности и утирания соплей, что не может не огорчать.

Мы, разумеется, не будем тратить время на разговоры о психических «страданиях» социально незащищённых слоёв населения. Большинство представителей социального дна вообще не обладают способностью к вытеснению, к рефлексии, к дискурсу. Единственное, от чего они могут «страдать», так это от похмелья.

Само слово «биопсихосоциальный» режет слух любому, кто хотя бы немного знаком с диалектической логикой. Ведь что означает этот ряд? Это уровни организации материи. Каждый следующий уровень включает в себя предыдущий. Сложные биологические процессы образуют основу для психических процессов. Начиная с некоторого уровня развития психический субъект способен стать субъектом социальных отношений. Есть и встречное движение: опыт активного взаимодействия с социумом (социальное бытие)

позволяет субъекту развить речь, сознание, творчество и другие высшие психические функции.

Короче, биопсихосоциальный подход проще и точнее было бы назвать просто: социальным. «Био» и «психо» никуда не денутся, даже если мы сбежим в чистую социологию. Виктор Франкл так и говорил: «социогенные неврозы» [6]. Согласитесь, «биопсихосоциогенные неврозы» звучит несколько глупо. Ведь в самом слове «невроз» уже заложено воздействие психики на биологические процессы.

Если же перечитать тексты Фрейда, то можно выкинуть и упоминание о социогенезе. В психоанализе (и только в нём) неврозы *по определению* социогенны. Почему? Объясним на пальцах, в дальнейшем будем часто возвращаться к этой теме.

Субъект должен интегрироваться в общество. Для этого его воспитывают. Воспитание сопряжено с запретами. Запрещённое вытесняется в бессознательное. Там влечение удерживается, но не внешним запретом, а внутренней цензурой. За внутреннюю цензуру отвечает Сверх-Я. Сверх-Я — это всего лишь интроецированные авторитетные фигуры (родители, воспитатели, политики, духовные наставники...). То есть Сверх-Я — это психическое отражение столпов общества.

Не было бы активного взаимодействия с обществом, не было бы Сверх-Я, не было бы длительного вытеснения, не было бы неврозов (а также перверсий, замещения, сновидений, культуры). Значит ли это, что общество — «плохое»? Нет. Это значит всего лишь, что невроз — одно из возможных последствий воспитания. Пока субъект не решит избавиться от невроза, неуместно говорить о необходимости аналитического вмешательства. Для многих лю-

дей неврозы стали источником вдохновения, двигателем карьерного роста, способом естественного поиска единомышленников.

Что такое истерический невроз, подаривший экспериментальную базу теории конверсии и психосоматическому подходу? Это голодный бунт сомы (телесного) против психеи (душевного), пресыщенной запретами Сверх-Я. Гиперсексуальные истерички заземляли бушующее либидо с помощью судорог, взаимной идентификации, перевозбуждения центров восприятия. Последнее приводило к торможению соответствующих нервных центров — отсюда истерическая слепота или нечувствительность к боли.

Но вот постепенно ослабла хватка общественной репрессивной морали. Эмансипация женщин, несколько сексуальных революций, свобода слова, доступность информации на сексуальную тематику... По крайней мере, в цивилизованных странах. И вот результат. Чистая конверсионная истерия почти ушла в прошлое. А если и сохранилась, то как компонент посттравматического стрессового расстройства у жертв сексуального насилия. Но — парадокс — истероидная структура характера у женщин встречается очень часто. То ли сказывается тот факт, что сама стихия эмансипации была порождена настоящими истеричками, и мы теперь слышим эхо далёкой фаллической канонады. То ли прекрасный пол хочет спасти свою идентичность от надвигающегося гендерного обезличивания, поэтому и использует истероидное подчёркивание своей женственности.

Казалось бы, при чём тут психосоматика?

При том, что истероидная структура характера напрямую связана с ощущением своего тела. Истероиды не

просто купаются в чужом внимании. Они ощущают общественный интерес каждой клеточкой сомы. То же касается астеноидов (глава 11), превративших своё тело в универсальный коммуникатор, где сигнал модулируется с помощью хронических заболеваний. Разумеется, не настоящих болезней, а ипохондрии или продуцируемых психосоматозов. Об эпилептоидах, у которых выбросы агрессии переплетаются с гипертонией, можно уже и не упоминать. Хотя нет, упоминать можно и нужно. Мы посвятили отдельную главу тому, как психосоматический подход позволяет глубже проникнуть в структуру психопатий.

1.3. СЕМЬЯ – ЯЧЕЙКА НЕВРОЗА

Коль скоро общество перестало давить на нас своей антисексуальной моралью, то почему невротиков не становится меньше? Потому что невротиков не рожают, невротиков воспитывают.

Семейный культ стыдливости, постоянный контроль за ребёнком (даже когда ребёнку уже за тридцать), использование ребёнка для искусственного сохранения брака — обо всех этих ужасах вам расскажет любой хороший психотерапевт. Расскажет много, в красках, эмоционально. Потому что невозможно не накопить обширного практического материала по жертвам хорошего воспитания. Мы тоже расскажем. Но расставим акценты несколько неожиданным образом.

Вы привыкли, что семейная терапия направлена на мягкое разрешение конфликтов, на примирение, на поиск общего языка. Но общий язык в патогенных семьях давно найден, и это язык неврозов (а иногда и психозов). Там не конфликт, там борьба за власть. Шизофреногенная мать [7] не хочет коммуницировать с ребёнком — последний для неё попросту не существует. Она хочет тотального контро-

ля, нарциссического триумфа. Если в процессе терапии у ребёнка хотя бы прорисовывается контур самостоятельной личности, родительница хватается свой «частичный объект» в охапку и уходит за горизонт.

К сожалению, леволлибералы на западе продавили негласный запрет на саму идею о шизофреногенной матери. Это, видите ли, неполиткорректно. Хотя те же психиатры вам подтвердят: подростковую шизофрению можно заморозить, просто изолировав молодого пациента от матери. Но при текущем политическом строе просто невозможно даже начать дискуссию о законодательной основе для защиты детей от патогенного воспитания. Что уж говорить о России, где из ювенальной юстиции сделали красную тряпку для толпы!

Поэтому важно понимать: речь идёт не о текущих бытовых конфликтах или банальном недопонимании. Оставим эти пастельные тона. Каким надо быть слепым или бездарным терапевтом, чтобы бархатным голосом уговаривать творческую молодую женщину *с эмпатией* относиться к быдловатой свекрови-садистке!

Жертвы патогенных семей приходят за двумя вещами: за средством сепарации и за планом мести. Для них речь идёт даже не о психическом здоровье, а о банальном психосоматическом выживании, о борьбе за жизненное пространство. Грош цена финансовому успеху или семейной «гармонии», если человека лишают даже нескольких метров неприкосновенной личной территории.

Продолжая эту мысль, вспомним об интровертах и социофобах, которые устали от рукопожатий и похлопываний по плечу. И вот выбор: вы будете их «лечить» (подтверждая тем самым, что социофобия это плохо) или вы дадите им психосоматический арсенал для противодействия микро-социальной агрессии? Поэтому мы категорически не до-

пускаем называть психоанализ «психотерапией». Это не терапия, а практика заботы о себе, познания себя, защиты себя. В качестве приятного бонуса идёт снятие неприятных симптомов и решение конкретных проблем. В предыдущих абзацах слово «терапевт» употреблялось как раз, чтобы отделить от нас несостоятельные и сомнительные практики.

Наиболее ярким примером сочетания приятного с полезным является психоанализ так называемых алекситимиков [8, 9]. Им мы также посвятили отдельную главу. Алекситимия, если совсем просто, это невозможность дать словесный отчёт о своих эмоциях. В какой-то степени каждый из нас алекситимен, особенно когда на приеме у аналитика набредает на вытесненное запретное влечение. Слова сразу же куда-то пропадают.

Но в современном дискурсе подразумевается, что алекситимик почти всегда страдает от обильной психосоматики. Лишний вес, гиперемия лица, паническое оцепенение, слабая эрекция или слабая лубрикация (у женщин) — это самые распространённые жалобы. Что до трудностей с описанием эмоций, то это мнимая трудность. *Чужие* эмоции алекситимик опишет довольно бодро. Мы бы добавили сюда ещё склонность к употреблению в речи слов вида «всегда», «никогда», «постоянно», «вечно» — то есть атемпоральных означающих.

Алекситимия — это лакомый кусок для практического, технического и теоретического развития психоанализа. Хотя бы потому, что бессознательные психические процессы алекситимного пациента ярко проявляются в изменении психосоматической картины. А сами психосоматические симптомы легко и плодотворно интерпретируются как поле битвы (или как стенограмма диалога) не одного, а нескольких бессознательных.