



Ольга Васильевна  
Поленкова

# Симфония Целостности

Синтез Психотерапии,  
Психосоматики и Массажа

Ольга Поленкова

**Симфония Целостности.  
Синтез Психотерапии,  
Психосоматики и Массаж**

«Издательские решения»

**Поленкова О. В.**

Симфония Целостности. Синтез Психотерапии, Психосоматики  
и Массаж / О. В. Поленкова — «Издательские решения»,

ISBN 978-5-00-691783-5

Монография представляет собой систематизированное изложение интегративного подхода, рассматривающего психику и соматическую систему как неразделимую динамическую систему. Книга предлагает научный синтез методов психотерапии, психосоматики и массажа. Адресована практикующим психотерапевтам, массажистам, врачам, специалистам по реабилитации, а также студентам соответствующих специальностей. Практические алгоритмы и кейсы делают книгу ценным ресурсом для повышения эффективности профессиональной деятельности.

ISBN 978-5-00-691783-5

© Поленкова О. В.  
© Издательские решения

## Содержание

|                                                                                           |    |
|-------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| Вступительное слово Главного редактора                                                    | 6  |
| Вступительное слово Рецензента                                                            | 9  |
| Предисловие от Автора                                                                     | 11 |
| Необходимость нового синтеза: от фрагментарной коррекции<br>к холистической трансформации | 15 |
| Теоретико-методологические основы психосоматического единства                             | 24 |
| Тело как онтологический и нейробиологический субстрат<br>психики                          | 24 |
| От характера к мышечному панцирю: эволюция телесно-<br>ориентированных концепций          | 25 |
| Нейробиология воплощенного опыта                                                          | 27 |
| Историческая эпистемология психосоматики                                                  | 29 |
| Семиотика и коммуникативная природа телесного симптома                                    | 34 |
| «Язык органов»: между метафорой и клиническим фактом                                      | 34 |
| Симптом как адаптивный телесный нарратив и феномен<br>интерсубъективности                 | 36 |
| Феноменологические методы исследования воплощенного<br>опыта                              | 38 |
| Нейрофизиологические регуляторные системы как основа для<br>интегративного вмешательства  | 42 |
| Поливагальная теория: новая парадигма понимания<br>безопасности и связи                   | 42 |
| Конец ознакомительного фрагмента.                                                         | 45 |

# **Симфония Целостности Синтез Психотерапии, Психосоматики и Массаж**

**Ольга Васильевна Поленкова**

*Редактор* Александр Евгеньевич Капитонов

*Редактор* Ольга Сергеевна Соловьева

*Рецензент* Ольга Осиповна Полякова

© Ольга Васильевна Поленкова, 2026

ISBN 978-5-0069-1783-5

Создано в интеллектуальной издательской системе Ridero

## Вступительное слово Главного редактора

Уважаемые коллеги, практики, исследователи и все, кто стремится к глубине понимания человеческой природы.

Перед вами – не просто книга. Это первый, краеугольный камень в фундаменте масштабного проекта, который призван изменить ландшафт помогающих профессий. Проекта, рожденного в стенах Академии прогрессивных технологий «Квантовый прыжок», где мы верим, что истинный прогресс лежит не в изобретении еще одного инструмента, а в радикальном синтезе уже существующих знаний.

В эпоху гиперспециализации мы достигли парадоксального предела: чем глубже мы погружаемся в тонкости своей дисциплины, тем дальше отходим от целостного видения человека. Пациент распадается на диагнозы, симптомы дробятся между кабинетами, а суть проблемы часто остается неуловимой.

Именно этот системный кризис породил идею серии **«Профессиональная библиотека интегративного терапевта»**. Наша миссия – создать новое поколение специалистов. Не массажистов, работающих только с тканью. Не психологов, работающих только с содержанием. Не врачей, видящих только орган. Наша цель – целостный терапевт, свободно владеющий языком психики и тела, способный видеть и корректировать систему в ее динамической сложности.

Серия задумана как живой, развивающийся организм. Каждая последующая книга будет не просто следующим томом, а новым уровнем понимания, углубляющим и расширяющим методологическую базу. Мы будем говорить о сложных случаях, о работе с травмой, о специфике различных нозологий, о тонкостях междисциплинарного диалога. И первым шагом на этом пути является монография, которую вы держите в руках.

**«Симфония Целостности: Синтез Психотерапии, Психосоматики и Массажа»** – это больше, чем название. Это декларация намерений. Это четкий ответ на вызов времени. Автор, *Ольга Васильевна Поленкова*, не понаслышке знает ту самую профессиональную ловушку, в которую попадают тысячи практиков. Когда руки чувствуют напряжение в мышцах, но не имеют доступа к его первоисточнику. Когда разум понимает природу тревоги, но не может дотянуться до ее соматического якоря.

Ее десятилетний опыт в психологии и более пяти лет углубленной практики массажа – это не просто сумма лет. Это уникальная лаборатория, в которой и родился этот синтез. Опираясь на фундаментальное медицинское образование, она выстраивает мост между, казалось бы, далекими берегами: нейронаукой и искусством прикосновения, семиотикой симптома и практическим протоколом.

Ценность этой работы в ее поразительной системности. Это не сборник разрозненных техник или эклектичное смешение методов. Автор предлагает нам стройную, логичную архитектуру, основанную на безупречном научном фундаменте. От исторического анализа теорий Райха и Александера до современных данных поливагальной теории Стивена Порджеса. От философии воплощенного сознания до четких алгоритмов пятифазной модели Интегративной Соматической Практики (ИСП).

Особое восхищение вызывает методологическая честность и глубина проработки. Книга не предлагает упрощенных ответов или волшебных техник. Она учит думать. Учит видеть связи. Учит слышать в жалобе на боль в спине – отголосок непереносимой ноши, а в хроническом напряжении шеи – замороженное слово, которое так и не было сказано.

Введение, с которого начинается книга, – это образец точной диагностики профессиональной проблемы. Оно бьет прямо в цель, описывая изматывающий цикл: временное облегчение после сеанса и неизбежное возвращение симптома. И тут же дает ключ к пониманию: причина не в плохой технике, а в разобщенности воздействия на единую систему «психика-тело». Это прорывной уровень анализа, который сразу отделяет эту работу от множества других.

Теоретическая часть – это не сухая академическая дань, а необходимый фундамент для осознанного действия. Понимание роли имплицитной памяти, соматических маркеров Дамасио, принципов нейропластичности – это то, что превращает терапевта из технического исполнителя в стратега, способного планировать глубинные изменения.

Сердце книги – это, безусловно, вторая часть, где теория воплощается в конкретную методологию синхронизированной работы. Алгоритмы интеграции, структура сеанса, протокол управления сильными аффективными реакциями – это готовый, выверенный инструментарий для немедленного внедрения в практику. Глава о массаже как психосоматическом диалоге открывает новую грань этой, казалось бы, знакомой всем практики, возводя ее на уровень высокого терапевтического искусства.

Пятифазная модель ИСП, детально представленная в третьей части, – это, без преувеличения, готовый стандарт работы для интегративного терапевта. От установления контакта и соматической диагностики до интеграции и планирования – каждый шаг логичен, обоснован и наполнен конкретными техниками. А разборы клинических кейсов делают метод абсолютно осязаемым и понятным.

Мы в Академии «Квантовый прыжок» гордимся тем, что именно эта работа открывает нашу серию. Она задает высочайшую планку научной строгости, практической ценности и философской глубины. Это не книга, которую прочитывают один раз. Это настольный справочник, учебник и источник вдохновения, к которому специалист будет возвращаться снова и снова по мере роста своего мастерства.

*Ольга Васильевна Поленкова* совершила титанический труд – она не только создала свою методологию, но и смогла структурировать ее в безупречную, понятную систему, доступную для изучения и применения. Ее вклад – это вклад в формирование новой профессиональной парадигмы.

Эта книга – приглашение. Приглашение выйти за узкие рамки своей специальности. Приглашение начать слышать неразрывную симфонию психики и тела, где боль – это нота, напряжение – аккорд, а исцеление – это искусство гармонизации целого. Приглашение стать терапевтом будущего, который не борется со следствиями, а трансформирует саму систему.

Я уверен, что «Симфония Целостности» станет той отправной точкой, после которой ваша практика обретет новое измерение – измерение глубины, устойчивости и истинной эффективности. Добро пожаловать в новую эру интеграции.

С глубоким уважением и верой в наше общее дело,

Главный редактор серии, Основатель Академии прогрессивных технологий «Квантовый прыжок», Действительный член Европейской Академии естественных наук (Германия, Ганновер), кандидат технических наук **Капитонов Александр Евгеньевич**, SPIN: 7783—6324

## Вступительное слово Рецензента

В современной психологической литературе принято различать два ключевых направления: теоретико-методологическое, посвященное фундаментальным основам, и прикладное, ориентированное на конкретные методы работы. Книга Ольги Васильевны Поленковой **«Симфония Целостности: Синтез Психотерапии, Психосоматики и Массажа»** представляет собой весьма характерный и ценный пример, органично сочетающий в себе глубину практического опыта с концептуальной стройностью.

Уникальность этой работы во многом обусловлена профессиональным профилем автора. Ольга Васильевна Поленкова обладает междисциплинарной экспертизой, синтезирующей медицинское образование, длительную практику психологического консультирования и глубокое понимание телесных методик. Этот синтез позволил создать целостный авторский метод, комплексно рассматривающий взаимосвязь психических и соматических процессов.

Данная монография является закономерным результатом и систематизацией этого многолетнего опыта. Книга адресована прежде всего практикующим специалистам, однако ее отличительная черта – убедительная опора на современные достижения психологии и нейробиологии. Такой подход делает издание ценным не только как практическое руководство, но и как источник для глубокого, научно обоснованного понимания принципов целостной помощи человеку.

Уже не первое десятилетие психология развивается в парадигме, истоки которой лежат в работах С. Л. Рубинштейна, – парадигме целостности, рассматривающей человека как неразрывное единство тела, психики и духовности. Для современного специалиста стало аксиомой: невозможно эффективно помогать, воздействуя на одну часть этой системы в отрыве от других. Обращусь к яркой метафоре автора книги: *«...это как вычерпывать воду из лодки, не закрывая пробоины»*.

Данная монография предлагает конкретное решение этой фундаментальной проблемы. Ее цель – преодолеть разрыв между декларируемой целостностью и фрагментарностью реальной практики, где телесные и психологические методы часто существуют изолированно. Для этого автор проводит системный анализ становления психосоматики как дисциплины – от классических работ Зигмунда Фрейда и Вильгельма Райха до современных теорий. Этот историко-методологический экскурс служит основой для главного результата: построения целостной практической модели. В ней психотерапевтическое воздействие, работа с психосоматическими связями и техники телесной коррекции (на примере массажа) синтезированы в единый и последовательный алгоритм работы. Таким образом, книга представляет собой не просто теоретический обзор, а практическое руководство по реализации парадигмы целостности в конкретной профессиональной деятельности.

*«Центральный тезис данной книги, – как пишет сама автор, – заключается в том, что разорвать порочный психосоматический круг можно только через одновременное и скоординированное воздействие на оба его ключевых звена – на психику... и на тело. ...Это не сложение методов, а их принципиальный синтез, создающий синергию, где целое становится больше суммы своих частей»*.

Опираясь на фундаментальные психологические и нейробиологические концепции, а также на синтез собственного практического опыта в психологии и массаже, Ольга Васильевна формулирует авторскую методологию интегративной работы – «Симфонию Целостности».

Конкретным инструментом этой методологии выступает пятифазная модель **Интегративной Соматической Практики**. Данный алгоритм представляет собой последовательный путь, ведущий клиента и терапевта через полный цикл трансформации: от первичного контакта и диагностики до интеграции полученного опыта в повседневную жизнь. Итогом этого процесса является достижение главной цели любой помогающей практики – обретения клиентом устойчивого психологического и телесного здоровья.

**Первая часть** книги посвящена теоретико-методологическому фундаменту. В ней автор последовательно излагает ключевые концепции нейронауки, семиотику телесных проявлений и основы нейрофизиологической регуляции, формируя тем самым прочную научную основу для предлагаемой концепции.

**Во второй части** раскрывается непосредственно методология синтеза. Здесь подробно описываются алгоритмы интеграции психотерапевтического диалога с мануальными техниками, представлены методы работы с сильными эмоциями, а также принципы построения сеанса.

**В третьей части** мы имеем возможность увидеть то самое ценное, что всегда ждут практики: понять суть метода на примере конкретных кейсов. Автор описывает подробную структуру клинического применения пятифазной модели Интегративной Соматической Практики. Эта часть служит важнейшим связующим звеном между теорией и практикой.

**Четвертая часть** книги посвящена профессиональным и этическим стандартам для интегративного специалиста, без которых глубокая трансформация невозможна. Эта часть книги не менее важна, чем все остальные, поскольку этические моменты практики не менее важны помогающим специалистам, чем сами методы, используемые в работе.

Представленная книга, несомненно, будет интересна практикующим психологам и телесно-ориентированным терапевтам. Она позволит обрести и теоретический фундамент работы со сложной и целостной системой **Человек**, и в практическом плане понять всю модель работы с психосоматикой.

Кандидат психологических наук, доцент, практикующий психолог и преподаватель психологии, **Ольга Осиповна Полякова**

## Предисловие от Автора

Этот путь начался давно, с простого и жадного интереса к психологии, к загадкам человеческой души и поведения. Мне было любопытно, как все устроено, почему мы чувствуем и поступаем именно так, а не иначе.

Естественно, я стала применять эти знания к себе, пытаюсь решать свои собственные задачи и проблемы. Казалось, все логично, все правильно. Я понимала, что чувствую, находила объяснения, но все равно ощущала, будто бьюсь в стеклянную стену.

Результаты не закреплялись. Они были не такими глубокими и устойчивыми, как хотелось бы. Оставалось чувство, будто я хожу по кругу, снова и снова срываюсь с одними и теми же вопросами, несмотря на все проделанную внутреннюю работу.

Позже, когда я начала работать с другими людьми, эта странная закономерность проявилась еще отчетливее. Да, была долгая и кропотливая терапия, были инсайты, даже улучшения. Но я все чаще ловила себя на мысли: за такое время и такие усилия результаты должны быть иными – более конкретными, вменяемыми, необратимыми.

Именно тогда во мне начало крепнуть глубинное убеждение: если игнорировать тело, если оставлять в стороне его зажимы, его память о травмах, его хроническое напряжение, то мы подобны садовнику, который поливает лишь верхние листья, забывая о корнях.

Мы могли часами, месяцами, годами работать со стрессом на уровне сознания, анализировать, прорабатывать травмы, и это, безусловно, важно. Но я уже на себе ощущала эту пропасть: ум что-то понял, а тело живет по-старому. Не было той самой целостности, того чувства, когда решение принято не только головой, но и каждой клеткой.

Мое обучение психологии было долгим и разнообразным. Я погружалась в различные школы, изучала вопросы системных семейных динамик, работу с родом. Но настоящий переворот в сознании случился много лет назад, на обучении у Виктора Михайловича Кандыбы.

Там я впервые воочию увидела и почувствовала магию синтеза. Это было сочетание простого, почти бытового запроса – восстановление зрения, облегчение проблем с желудком – с особым, внимательным прикосновением и точно выстроенным диалогом.

Я помню, как тепло рук, направленное воздействие на кровоток и нервную систему, вступало в резонанс с правильно подобранными словами, погружающими человека в особое состояние. И это не было волшебством. Это был комплекс, который творил результат: улучшение памяти, ослабление боли, облегчение состояния – и все без единого препарата.

Этот опыт стал для меня ключевым. Он показал, что моя догадка верна: тело и психика говорят на одном языке, и чтобы быть услышанным, нужно обращаться к ним одновременно. Это был мой первый опыт осознанного синтеза трансовых психотехник, прикосновения и прямого воздействия на физиологию и энергетику человека.

Путь к массажу как к профессии пришел позже, логично вытекая из этого поиска. Сначала это была классическая школа, основа анатомии и физиологии. Но очень скоро мой исследовательский ум заскучал. Мне стало интересно, что лежит глубже.

Я увидела, что за пределами общего расслабления есть целый мир: глубокие техники, учитывающие состояние нервных рецепторов, остеопатические принципы, тонкая работа с фасциями, с триггерными точками – этими крошечными узлами, где боль тела и боль души сплетаются в тугую, болезненный узел.

И именно на массажном столе, в этой, казалось бы, сугубо физической практике, мне открылся удивительный парадокс общения. Люди, которые ни за что не пошли бы к психологу, считая это чем-то постыдным или ненужным, спокойно и с надеждой ложатся на массаж.

Здесь, в безопасном пространстве тактильного контакта, снимаются барьеры. Как с парикмахером или доверенным другом, человек начинает говорить. Говорить о том, что его по-настоящему волнует, гложет, утомляет.

И обладая знанием об интегративном подходе, я получила уникальную возможность. Не просто слушать, а направлять. Не фокусироваться на самой проблеме, а мягко подсветить для человека тот самый потенциал, ту спящую в нем силу, опираясь на которую он сможет почувствовать себя лучше, эффективнее, целостнее. Прямо здесь, во время сеанса.

Мое обучение в Центральной школе векторного массажа и соматики у Станислава Черноного стало еще одной вехой. Его подход к психосоматике был тем самым недостающим звеном: я увидела, как через физические манипуляции, через работу с тканью, человек начинает неосознанно проживать заблокированные эмоции. Проживать безопасно, экологично, под руководством рук и слов терапевта.

Тогда все сложилось в единую картину. Мой путь через психологию, через гипнотические техники, через глубокий массаж и соматику вел к одной точке – к необходимости сознательной, выверенной интеграции.

Сегодня огромное значение для меня имеет знание телесно-ориентированной терапии, идущей от теории мышечного панциря Вильгельма Райха, но подкрепленной современными данными нейронаук. Это работа с нервной системой, с вегетативными реакциями, с той самой памятью тела, о которой писал Райх.

Я изучаю и применяю техники, учитывающие энергетические аспекты – работу с биоэлектрическими полями организма, с сигналами, идущими от наших ключевых нейроэндокринных центров. Это сложно, многогранно, и требует от терапевта не только знаний, но и тонкой чувствительности.

Отдельным, но невероятно важным направлением стала для меня работа с телом в контексте коррекции фигуры. Казалось бы, чистая эстетика. Но за запросом «хочу быть стройнее» или «хочу убрать живот» почти всегда скрывается нечто большее.

Это проблемы с самооценкой, с принятием себя, последствия стресса или тяжелых жизненных периодов – развод, потеря, кризис. Человек, особенно женщина, приходит не просто изменить контуры, а обновиться, почувствовать себя красивой, значимой, достойной.

И здесь снова открывается пространство для интеграции. Для того, чтобы, работая с телом, мягко помочь человеку пересобрать внимание, сместить фокус с недостатков на свою внутреннюю и внешнюю красоту, на ту лучшую версию себя, которая уже живет внутри и ждет выхода.

Этот путь показал мне удивительную вещь: заходить в тонкую работу с психикой часто проще через простые, понятные и актуальные для всех запросы. Доверие к специалисту, которое так сложно заработать в кабинете психолога, на массажном столе возникает иначе – через заботу, через безопасный тактильный контакт, через немедленное физическое облегчение.

Конечно, и здесь есть свои вызовы. Для клиента раздевание и контакт с незнакомым человеком – это тоже стресс, требующий огромного такта, четких профессиональных границ и создания абсолютно безопасного пространства.

Мой путь – это путь от разочарования в разобщенности к восторгу от синтеза. От понимания, что «чего-то не хватает», к выстраиванию целостной методологии, где каждая техника, каждое прикосновение, каждое слово занимают свое точное место.

Эта книга – систематизация моего более чем десятилетнего опыта. Это не просто теория, а выверенная на практике карта, алгоритм, который позволяет разорвать порочный круг, когда симптом уходит и возвращается вновь.

Я собрала воедино знания нейронауки и психосоматики, искусство диалога и силу точного прикосновения, чтобы предложить вам не просто новые инструменты, а новый способ мышления. Способ видеть человека как неразделимую систему, где боль в спине – это непрожитая обида, а хроническое напряжение в плечах – невысказанная ответственность.

Методология, изложенная здесь, – это и есть та самая «Симфония Целостности». Это партитура, в которой психотерапия, психосоматика и массаж перестают быть отдельными инструментами и начинают звучать в гармонии, приводя к глубоким и устойчивым изменениям.

Я написала эту книгу для тех, кто, как и я когда-то, чувствует, что может больше. Для тех, кто устал от временных результатов и хочет научиться находить и устранять саму причину страдания, запечатленную одновременно в психике и в плоти.

Это приглашение выйти на новый уровень мастерства, где ваши руки станут проводниками не только физического, но и эмоционального освобождения, а ваши слова – ключами, отпирающими не только ум, но и зажатые мышцы.

Я верю, что будущее помогающих профессий лежит именно на этом пути – пути смелости, синтеза и глубокого уважения к неразделимой целостности человека. И я рада поделиться с вами картой этой территории.

С уважением к вашему пути и профессии,

**Поленкова Ольга Васильевна**, SPIN: 2331—5762,

практикующий интегративный терапевт, психолог, специалист по психосоматике и телесно-ориентированной терапии, массажист-практик с углубленной специализацией в соматике и работе с триггерными точками, автор метода «Симфония Целостности» и основатель подхода Интегративной Соматической Практики.

## **Необходимость нового синтеза: от фрагментарной коррекции к холистической трансформации**

Картина, знакомая до боли, в буквальном смысле этого слова.

Мужчина, условно назовем его Сергей, сорока с небольшим лет, руководитель отдела. Он приходит на прием с жалобой на «прострелы» в пояснице, которые преследуют его последние три года. Его история, как отпечаток пальца, уникальна в деталях, но типовая по сути. Периоды относительного затишья сменяются обострениями: после аврала на работе, семейной ссоры, долгой поездки за рулем. Он уже прошел курс классического массажа, несколько сеансов у мануального терапевта, принимает миорелаксанты. На время становится легче. Боль отступает, мышцы размягчаются, подвижность возвращается. Он с благодарностью покидает кабинет, чувствуя долгожданное облегчение.

Но проходит неделя, месяц. И в отчете, который нужно сдать вчера, или в разговоре с требовательным руководителем снова вспыхивает знакомая искра напряжения. Сначала в голове – тревожная мысль, чувство цейтнота, раздражение. А следом, будто эхо, отзывается тупой, сжимающей болью поясница. Сергей смотрит на календарь и с тяжелым вздохом снова ищет контакты массажиста. Цикл повторяется. Он превращается в ритуал, похожий на попытку вычерпать воду из лодки, не заткнув пробоину в днище.

Это лишь одна из множества масок хронического напряжения.

Женщина, назовем ее Анна, успешный дизайнер, уже пятый год живет с диагнозом «цервикалгия» – хроническая боль в шее и воротниковой зоне. Ее спутники – головная боль напряжения и скованность в плечах к концу дня. Она – частый гость у массажистов и остеопатов. Ей приносят облегчение техники постизометрической релаксации, работа с триггерными точками. Она выходит с сеанса, ощущая приятную легкость, будто с плеч свалили тяжелый груз. Но этот груз, как выясняется, ждет ее за порогом клиники.

Он ждет ее в бесконечном потоке правок от заказчиков, в необходимости постоянно быть на связи, в перфекционизме, не позволяющем делегировать задачи. Анна возвращается в свою среду – к тому самому компьютеру, тому самому креслу, тем самым паттернам мышления и общения, которые годами программировали ее тело на специфический ответ: плечи к ушам, челюсть сжата, диафрагма зажата.

Социальная среда, со всеми ее стрессорами и неявными требованиями, остается неизменной. Тело, получив временную «перепрошивку» на массажном столе, снова загружает старую, деструктивную программу, потому что операционная система – нервная система – не была обновлена.

Фрустрация в этой ситуации двусторонняя, и она создает порочный круг непонимания. Пациент, вкладывающий время, деньги и надежду, начинает сомневаться. Сомнения звучат в его вопросах, которые он порой задает вслух, а чаще носит в себе: «Почему это помогает лишь на время?», «Неужели мне теперь всегда это нужно?», «Может, это я что-то делаю не так?». Постепенно надежда сменяется покорностью судьбе или циничным поиском «нового волшеб-

ного метода». Он чувствует себя заложником собственного тела, которое, казалось бы, должно ему служить.

Специалист, со своей стороны, также оказывается в ловушке. Массажист или мануальный терапевт видит анатомическую проблему, чувствует гипертонизированные мышцы, заблокированные суставы. Его руки делают свою работу – и делают ее хорошо, на техническом уровне. Но он становится свидетелем того, как его добросовестный труд раз за разом нивелируется чем-то, что лежит за пределами его кабинета и его компетенции. Он может давать рекомендации по эргономике, упражнения на растяжку, но интуитивно понимает, что корень лежит глубже. Это вызывает чувство профессиональной неполноценности: «Я лечу следствие, зная, что причина останется нетронутой». Это тупик ремесленника, чей инструмент бессилен против материала, который постоянно портит невидимый ему мастер.

Таким образом, формируется система с двойным сбоем. Пациент попадает в ловушку хронического симптома, требующего постоянной, дорогостоящей и не приводящей к излечению «поддержки». Специалист попадает в ловушку ограниченной эффективности, где его искусство сводится к паллиативу, а не к исцелению. Это и есть «системная ловушка» современного подхода к телесным проблемам: разъединение тела и контекста, в котором оно существует и страдает.

Именно возвращение в неизменную социальную среду – будь то токсичные рабочие отношения, подавляющая семейная динамика, внутренний критик или просто хронический информационный перегруз – является ключевым фактором рецидива.

Можно сколько угодно разглаживать мышцы, но если нервная система человека ежедневно получает сигналы, интерпретируемые ею как угроза (дедлайны, конфликты, чувство несоответствия), она будет снова и снова инициировать древнейшую программу: готовить тело к борьбе или бегству. А это значит – напрягать мышцы-стабилизаторы, менять паттерн дыхания, запускать каскад гормонов стресса. Механистический подход, игнорирующий этот контекст, обречен на сизифов труд.

Поэтому вопрос, с которого начинается любая глубокая трансформация, звучит не «Как расслабить эту мышцу?», а «Почему эта мышца находится в состоянии хронической готовности к напряжению? Что в жизни пациента, в его способе восприятия мира, заставляет его нервную систему давать эту команду снова и снова?». Поиск ответа на этот вопрос и является мостом от фрагментарной коррекции к целостному исцелению, от работы с симптомом к диалогу с системой «человек-в-его-среде».

Что же происходит в кабинете массажиста или мануального терапевта с точки зрения системной регуляции?

Возьмем нашего условного пациента Сергея. Специалист пальпирует плотные, болезненные тяжи в его пояснично-крестцовом отделе – так называемые триггерные точки в квадратной мышце поясницы или разгибателях спины. Диагноз на физическом уровне ясен: гипертонус, мышечный спазм, возможно, функциональный блок в дугоотростчатых суставах. Воздействие направлено точно в цель: разминание, пассивное растяжение, мобилизация. Это и есть периферическая коррекция – высокоэффективная, но ограниченная рамками периферии.

Результат достигается, и достигается закономерно. Улучшается локальный кровоток и лимфодренаж, механически разрыхляются миофасциальные спайки, сдавливающие ноцицепторы. Боль, как сигнал с периферии, затихает. Это симптоматическое облегчение, и оно является важнейшим, первым шагом, снимающим страдание и восстанавливающим функцию. Однако, это облегчение принципиально не затрагивает нейрофизиологическую «штаб-квартиру», где и был отдан приказ на напряжение.

Давайте проследим цепь. Первоначальный стресс, например, постоянное чувство ответственности за исход проекта у Сергея, или хронический межличностный конфликт у Анны, активирует лимбическую систему мозга, в частности, миндалевидное тело – наш внутренний «детектор угрозы». Оно запускает каскад реакций, мобилизующих организм: гипоталамо-гипофизарно-надпочечниковая ось выбрасывает кортизол, симпатическая нервная система (СНС) переходит в состояние повышенного тонуса.

Эволюционно эта реакция готовит тело к физическому действию – к борьбе или бегству. Мышцы, особенно постуральные стабилизаторы в спине, шее, плечевом поясе, получают команду на тоническую готовность. Но в современном мире драться или убежать не нужно. Не имея физической разрядки, это состояние готовности становится хроническим. Формируется устойчивый паттерн мышечного тонуса – глубокая «неврологическая колея».

Руки специалиста, какими бы искусными они ни были, работают в конце этой длинной цепи. Они снимают результат – мышечный спазм. Но источник сигнала – гиперактивная лимбическая система и дисрегулированная вегетативная нервная система – остается без внимания.

Можно представить это так: в спальном районе ночью сработала автомобильная сигнализация. Подъехавший специалист (массажист) аккуратно отсоединяет провода у самого динамика (мышцы), и оглушительный звук прекращается. Но сама сигнализация (нервная система), запрограммированная на срабатывание от малейшей вибрации, все еще включена и готова завопить снова. Тело расслаблено, но «система оповещения» все еще находится в состоянии тревоги. Именно поэтому возвращение в стрессогенную среду снова активирует ту же самую неврологическую программу, приводя к рецидиву симптома.

***Массаж не переписывает программный код; он лишь временно приглушает звук его исполнения.***

А что происходит, если пациент, подобный Анне, приходит с той же болью в шее не к массажисту, а к психологу или психотерапевту? Здесь фокус внимания закономерно смещается. Специалист исследует содержание внутреннего мира: когнитивные искажения («я должна быть идеальной»), дезадаптивные убеждения, подавленные эмоции (гнев, обиду, страх несоответствия), паттерны поведения в отношениях.

Работа может быть очень глубокой. В рамках когнитивно-поведенческой терапии будут выявлены и оспорены автоматические мысли, связанные с работой. В процессе, например, гештальт-терапии может быть отреагирована и завершена ситуация старого конфликта. В психодинамическом подходе будут найдены истоки перфекционизма в ранних детских установках. Пациентка придет к важным инсайтам: «Да, я беру на себя слишком много», «Моя ценность не зависит от одобрения заказчика», «Мне позволено ошибаться».

Это колоссальная работа, и она абсолютно необходима. Однако, часто возникает феномен, который можно описать словами: «Ум все понял, а тело не верит». Анна может когнитивно согласиться с новыми установками, но когда раздается звук входящего сообщения от сложного клиента, ее плечи все так же рефлексивно поднимаются к ушам, а дыхание замирает. Почему?

Ключ к пониманию этого феномена лежит в концепции имплицитной (процедурной) памяти тела, разработанной Дэниелом Сигелом<sup>1</sup> и детально описанной в работах Пэт Огден<sup>2</sup>, основательницы сенсомоторной психотерапии. Травма и хронический стресс «живут» в человеке не только как история, которую можно рассказать (эксплицитная память), но и как набор автоматических, бессознательных телесных реакций. Это память о том, как переживался стресс: как сжимались челюсти, как замирала диафрагма, как втягивалась голова в плечи, как менялась осанка.

Эта память записана в подкорковых структурах мозга и в самой мышечно-фасциальной системе. Она не доступна для прямого словесного пересмотра. Когда пациент в терапии лишь вербально прорабатывает стресс, он работает с «содержанием файла», но не меняет «программу», которая автоматически запускает этот файл при определенных триггерах через телесную реакцию.

Таким образом, возникает разрыв между сознательным пониманием и бессознательным телесным паттерном. Пациент дает когнитивное согласие с новыми идеями, но его нервная система, обученная годами опасности, продолжает следовать старой, проверенной программе выживания. Протокол «опасность → мышечная скованность в шее» остается активным на уровне ствола мозга и вегетатики, вне зоны доступа чисто вербальной терапии.

***Отсюда следует принципиальный вывод: недостаточно «проработать» стресс на уровне психики.***

Для устойчивого изменения необходимо переобучить саму нервную систему. Нужно создать для нее новый, телесно пережитый опыт безопасности, который будет записан в ту же имплицитную память и начнет конкурировать со старым дезадаптивным паттерном. Требуется научить тело новому способу реагирования – более гибкому, ресурсному, не связанному с хроническим напряжением. И именно здесь изолированная психотерапия, не включающая в процесс прямое, осознанное взаимодействие с телесными ощущениями и паттернами, упирается в свой естественный предел, оставляя тело заложником старой, неотмененной программы.

Собрав воедино ограничения изолированных подходов, мы получаем не просто частные случаи неэффективности, а целостную картину системного сбоя. Хронический симптом, будь то боль в спине, напряжение в шее или любой другой устойчивый паттерн дискомфорта, следует понимать не как статичную поломку, а как динамический процесс – самоподдерживающуюся петлю обратной связи. Это и есть порочный круг психосоматической дисрегуляции, механизм, который удерживает пациента и специалиста в уже описанной ловушке. Давайте визуализируем и детально разберем каждый виток этого цикла.

---

<sup>1</sup> Сигел Д. Д. Разум: путешествие к сердцу бытия человека. / перевод с английского О. Бурмаковой. – Москва: Научный мир, 2020. – 415 с.

<sup>2</sup> Огден П. Травма и тело: сенсомоторный подход к психотерапии / П. Огден, К. Минтон, К. Пейн / перевод с английского В. Мершавки, М. Яковлева, М. Заваловой. – Москва: Институт общегуманитарных исследований, 2020. – 382 с.

Цикл начинается не в мышце и не в позвонке. Его стартовая точка находится в сфере субъективного опыта и восприятия. Психологический триггер или следы непроработанной травмы выступают в роли спускового крючка.

Так, для нашего условного пациента Сергея таким триггером может быть не столько сам аврал, сколько глубоко укорененный страх провала и его катастрофические последствия.

Для Анны – не объективная сложность задачи, а внутреннее требование безупречности и страх осуждения. Это может быть актуальная стрессовая ситуация или воспоминание, звук, интонация, которые неосознанно ассоциируются с прошлой травмой.

Важно, что угрозой воспринимается не реальная физическая опасность, а психологическая – угроза самооценке, социальному статусу, чувству безопасности.

Следующий этап разворачивается с нейрофизиологической скоростью и точностью. Миндалевидное тело (амигдала), наш древний «сторожевой пес» мозга, идентифицирует сигнал как потенциально опасный. Она мгновенно активирует две мощные системы реагирования.

Во-первых, через гипоталамус и гипофиз запускается ГГН-ось (гипоталамо-гипофизарно-надпочечниковая), конечным продуктом которой является выброс кортизола – ключевого гормона стресса, мобилизующего ресурсы организма.

Во-вторых, амигдала посылает сигнал в ствол мозга, переводя симпатическую нервную систему (СНС) в состояние повышенного тонуса. Учащается сердцебиение, изменяется паттерн дыхания (оно становится поверхностным, грудным), кровь отливает от органов пищеварения к мышцам.

Теперь организм мобилизован, и команда достигает своей цели – мышечной системы. Но поскольку физической разрядки не происходит, эта мобилизация находит свое соматическое воплощение в форме стойкого мышечного гипертонуса. Мышцы-стабилизаторы, особенно в шейном, грудном и поясничном отделах, хронически сокращаются, формируя тот самый «мышечный панцирь». Это не просто локальный спазм. По теории аллостатической нагрузки Брюса МакИвена<sup>3</sup>, постоянная адаптация к стрессу (аллостаз) приводит к износу систем организма.

Хронический мышечный спазм ухудшает локальное кровообращение, способствует накоплению продуктов метаболизма (молочной кислоты, ионов водорода), что ведет к асептическому воспалению и раздражению болевых рецепторов – ноцицепторов. Так рождается боль. Но на этом этапе боль еще не является чисто физическим феноменом. Она уже стала материальным отпечатком психического напряжения, соматизацией внутреннего конфликта. Тело, по сути, воплощает и фиксирует проблему, переводя ее из плана психики в план плоти.

Здесь круг замыкается, и начинается его самый коварный виток. Боль сама по себе становится мощнейшим источником нового стресса. Она ограничивает подвижность, мешает работать и отдыхать, нарушает сон. У пациента формируется «болевое поведение» – щажение, страх движения, фиксация внимания на симптоме. Возникает катастрофизация – тревожные мысли вроде «это никогда не пройдет», «у меня что-то серьезное», «я становлюсь обузой». Эти мысли снова воспринимаются амигдалой как угроза.

Таким образом, формируется полноценная петля положительной обратной связи, где выход системы (боль и ограничение) усиливает ее же вход (тревогу и стресс). Психологический

---

<sup>3</sup> МакИвен Б. С. Стресс мозга: от адаптации к болезни / перевод с английского М. С. Ярошевского. – Москва: ЯСК, 2020. – 291 с.

дистресс усиливает соматическое проявление, которое, в свою очередь, умножает дистресс. Система выходит на автономный режим работы, где первоначальный триггер может уже отойти на второй план, а симптом продолжает жить по своим, теперь уже соматизированным, законам.

Следовательно, мы должны сделать фундаментальный пересмотр нашей диагностической парадигмы.

**Симптом – это не «поломка детали» в механическом устройстве тела. Это адаптивная, но ставшая дезадаптивной в долгосрочной перспективе, петля обратной связи в единой системе «психика-сома».**

Боль в спине Сергея – это не ошибка его поясницы, а часть его личной стратегии выживания в условиях хронического давления.

Напряжение в шее Анны – это не сбой в анатомии, а застывшая, материализованная форма ее отношений с миром, требующим перфекционизма.

Это понимание радикально меняет терапевтическую задачу. Целью становится не устранение «неисправной детали» (мышцы или позвонка), а прерывание и перепрограммирование самой дисфункциональной петли регуляции. Необходимо найти и ослабить входной сигнал (психологический паттерн), изменить центральную обработку (реакцию нервной системы) и трансформировать выходной ответ (телесный паттерн). Только синхронное воздействие на все звенья этой цепи способно превратить порочный круг дезадаптации в круг восстановления и устойчивого здоровья.

Следовательно, если проблему хронического симптома мы определили как самоподдерживающийся цикл дисрегуляции, то стратегия излечения должна быть зеркальной и столь же системной.

**Центральный тезис данной книги** заключается в том, что разорвать порочный психосоматический круг можно только через одновременное и скоординированное воздействие на оба его ключевых звена – на психику, генерирующую команду, и на тело, исполняющее ее. Попытки влиять лишь на одну сторону оставляют вторую свободной для того, чтобы вновь запустить весь механизм. Это не сложение методов, а их принципиальный синтез, создающий синергию, где целое становится больше суммы своих частей.

Такой подход реализуется через двунаправленную стратегию, которая учитывает естественные пути коммуникации внутри системы «мозг-тело». Первый вектор – это нисходящий путь (*top-down*), путь от высших психических функций к периферии. Его инструментами служат психотерапия и психосоматический анализ. Цель этой работы – деконструкция дезадаптивных ментальных программ.

Через терапевтический диалог, анализ автоматических мыслей и эмоциональную проработку мы помогаем пациенту осмыслить связь между его внутренним миром и телесным симптомом. Когнитивная переоценка позволяет увидеть триггер не как катастрофу, а как управляемую задачу. Работа с эмоцией дает выход подавленному аффекту, который прежде находил лишь телесный канал выражения. Таким образом, нисходящий путь создает новый, более адаптивный «проект» для всей системы. Он переписывает сценарий реакции на стресс на уровне коры головного мозга, предлагая иной нарратив и иные поведенческие паттерны.

Однако, как мы уже установили, одного «проекта» недостаточно, если «исполнительный механизм» – нервная система и тело – запрограммирован на старый режим работы. Здесь в действие вступает второй, восходящий путь (*bottom-up*), движение от телесной периферии к центрам регуляции. Его основу составляют массаж и соматические практики, нацеленные не на мышцы как таковые, а на нервную систему, ими управляющую.

Глубокое, но неагрессивное мануальное воздействие выполняет несколько ключевых функций.

Во-первых, оно напрямую стимулирует парасимпатическое звено вегетативной нервной системы, в частности, вентральный блуждающий нерв, в терминологии поливагальной теории Стивена Порджеса<sup>4</sup>, посылая в мозг сигналы безопасности. Это снижает гиперактивность симпатической системы и амигдалы.

Во-вторых, оно позволяет осуществить сброс мышечного «аватара» стресса – того самого хронического гипертонуса, в котором воплощена непережитая история.

В-третьих, через направленное внимание к ощущениям происходит нормализация интероцепции – способности чувствовать и верно интерпретировать сигналы тела. Восходящий путь, таким образом, не просто расслабляет – он создает новое, живое телесное переживание покоя, безопасности и ресурса, альтернативное застывшему паттерну угрозы.

Однако истинная мощь метода раскрывается не в последовательном, а в синхронном применении этих путей. Их взаимодействие можно сравнить с работой двух мастеров, реставрирующих сложный механизм: один аккуратно очищает и освобождает заклинившие детали (восходящий путь), а второй – настраивает управляющий блок и логику его работы (нисходящий путь).

Работа с телом (*bottom-up*) снижает сопротивление, растворяет мышечную броню и открывает доступ к глубинным, часто невербализованным слоям опыта, хранящимся в имплицитной памяти. В состоянии глубокого телесного расслабления и безопасности психологические защиты ослабевают, и истинные чувства и образы всплывают на поверхность сознания.

В этот момент работа с психикой (*top-down*) становится не просто беседой, а процессом интеграции. Терапевт помогает пациенту присвоить, осмыслить и вербализовать этот спонтанно возникший телесный и эмоциональный материал. Этот опыт, рожденный в недрах тела, получает когнитивное и смысловое оформление, встраивается в личную историю и тем самым закрепляется на уровне личности.

В результате, соматическое переживание ресурса подкрепляется психологическим инсайтом, а новый ментальный паттерн находит подтверждение в измененном физиологическом состоянии. Так возникает целостность, где тело и психика начинают говорить на одном языке и следовать одной, новой и жизнеутверждающей программе.

Итак, перед нами стоит ясная теоретическая задача: прервать порочный круг психосоматической дисрегуляции через синхронную работу по нисходящему и восходящему путям. Но как этот принцип воплотить в конкретную, повторяемую, безопасную и эффективную практику? Теория без методологии остается философией. Именно поэтому данная книга представ-

---

<sup>4</sup> Порджес С. Поливагальная теория: нейрофизиологические основы эмоций, привязанности, общения и саморегуляции. / перевод с английского Е. В. Киселевой. – Москва: ИОИ, 2022. – 256 с.

ляет не только анализ проблемы, но и детально проработанный практический ответ – авторскую методологию интегративной работы, которую мы назвали «**Симфония Целостности**».

Этот образ – не просто красивая метафора. Он отражает суть подхода: отдельные «инструменты» (психотерапия, психосоматика, массаж) не играют соло, а под руководством терапевта-дирижера объединяются в гармоничное целое, где каждая партия усиливает другую, рождая новый качественный результат – устойчивое здоровье. Методология структурирует эту симфонию, превращая ее из импровизации в воспроизводимое искусство.

Основу симфонии составляют три равнозначных и взаимодополняющих компонента, каждый из которых выполняет свою уникальную функцию в синтезе.

**Первый компонент – Психотерапия.** Ее роль – модуляция смысла. Это работа с содержанием внутреннего мира, с нарративом пациента. Через терапевтический диалог, техники когнитивного реструктурирования и эмоциональной проработки мы помогаем пациенту найти новый смысл в его симптоме, перевести его из категории «врага» или «поломки» в категорию «сигнала» или «сообщения». Это создает основу для осознанных изменений на уровне личности.

**Второй компонент – Психосоматика.** Это – диагностика и перевод. Если психотерапия работает с «что» (мыслями, чувствами), то психосоматика дает карту для понимания «как» и «где» это «что» воплощается в теле. Она выступает мостом и переводчиком между языком психики и языком сомы. Используя знания о символике органов, теорию мышечного панциря, нейрофизиологические соответствия, мы учимся «читать» симптом: боль в горле может говорить о непроговоренной обиде, а хроническое напряжение в диафрагме – о страхе и неспособности «переварить» ситуацию. Этот компонент обеспечивает точность нашего вмешательства.

**Третий компонент – Массаж** (в широком смысле – соматические практики). Его задача – прямая соматическая модуляция. Это восходящий путь в чистом виде: невербальное, тактильное, процедурное воздействие на саму ткань, фасцию, нервные рецепторы. Его цель – не столько механическое расслабление, сколько создание нового сенсорного опыта для нервной системы: опыта безопасности, поддержки, текучести. Это переобучение на уровне имплицитной памяти.

Чтобы синтез этих трех компонентов не был хаотичным, методология «**Симфонии Целостности**» предлагает четкую операциональную структуру – **пятифазную модель Интегративной Соматической Практики (ИСП)**. Это практический алгоритм, который проводит пациента и терапевта через полный цикл трансформации: от первичного контакта и диагностики до интеграции нового опыта в жизнь. Каждая фаза (установление контакта, соматическая диагностика, интегративное вмешательство, интеграция, рефлексия и планирование) имеет свои цели, техники и критерии перехода к следующему этапу, обеспечивая безопасность и системность процесса.

Логика изложения в книге следует естественному пути от понимания к действию.

**Часть I** посвящена теоретико-методологическим основам. Мы погрузимся в нейронауки, исследуем семиотику тела и нейрофизиологические системы регуляции, чтобы построить прочный научный фундамент для нашей работы.

*Часть II* раскрывает непосредственно методологию синтеза: детальные алгоритмы интеграции психотерапевтического диалога и мануального воздействия, техники работы с сильными аффектами, принципы составления сеанса.

*Часть III* – это клинико-практическое применение, где представлена детальная структура пятифазной модели ИСП и разобраны подробные клинические кейсы, иллюстрирующие метод в действии.

Наконец, *Часть IV* устанавливает профессиональные и этические рамки работы интегративного специалиста, без которых глубокая трансформация невозможна.

Эта книга написана, прежде всего, для думающих практиков, стремящихся выйти за пределы привычных протоколов. Ее целевая аудитория – **практикующие специалисты: психотерапевты, психологи, массажисты, врачи-реабилитологи, кинезиологи, остеопаты**, – те, кто в своей ежедневной работе сталкивается с ограничениями узкоспециализированных методов и ищет системный, научно обоснованный инструмент для повышения эффективности и глубины своего воздействия.

«Симфония Целостности» – это приглашение к переходу от ремесла к метанавыку интеграции, от работы с частями к диалогу с целым.

## **Теоретико-методологические основы психосоматического единства**

### **Тело как онтологический и нейробиологический субстрат психики**

Путь к пониманию глубинной взаимосвязи психики и тела напоминает движение по спирали, где каждое новое возвращение к фундаментальному вопросу открывает все более сложные и точные ответы. Современный специалист, стоящий перед пациентом с хронической болью или дисфункцией, часто оказывается на перекрестке различных, а порой и противоречивых, объяснительных моделей.

С одной стороны, существует очевидная физическая реальность симптома – напряженная мышца, нарушенная функция, объективные данные исследований.

С другой – не менее очевидная связь обострений с жизненными событиями, эмоциональным состоянием и личностными особенностями пациента.

Разрешить это кажущееся противоречие, перейти от раздельного анализа «психического» и «соматического» к целостной картине человеческого страдания – ключевая задача, которую решает психосоматика как научная и практическая дисциплина.

Данная глава ставит своей целью восстановить историческую и теоретическую преемственность в исследовании феномена психосоматического единства. Мы проследим, как интуитивные прозрения и клинические наблюдения прошлого, проходя через горнило научной критики и обогащаясь данными новых технологий, кристаллизовались в современные, доказательные концепции. Этот анализ необходим не ради академического интереса, а для формирования прочного концептуального фундамента, на котором будет строиться вся методология интегративной практики, изложенная в последующих главах.

Мы начнем с революционных идей Вильгельма Райха, впервые придавшего телесному опыту статус психотерапевтического текста, и проследим развитие его концепций в работах последователей. Затем, выйдя за рамки психоанализа, мы обратимся к нейробиологии, чтобы понять механизмы воплощения опыта: как бессознательные паттерны формируют нашу телесность, а телесные сигналы направляют наши решения и эмоции. Наконец, мы рассмотрим эволюцию медицинских моделей – от поиска линейных причин к принятию сложной, многоуровневой реальности болезни в биопсихосоциальной и аллостатической парадигмах.

Эта глава представляет собой картографию интеллектуальной территории, на которой встречаются психотерапия, нейронаука и медицина. Понимание этой карты позволит специалисту выполнять осознанную навигацию между различными уровнями проблемы пациента, видя в симптоме не локальную поломку, а уникальный язык, на котором говорит целостный человеческий организм, пытаясь сообщить о внутреннем разладе.

## От характера к мышечному панцирю: эволюция телесно-ориентированных концепций

Идея о том, что психическая жизнь человека неразрывно связана с его физическим воплощением, что конфликты души отпечатываются в плоти, а телесные недуги имеют психологическую подоплеку, проходит через всю историю человеческой мысли. Однако лишь в двадцатом веке эта интуиция обрела форму систематической психотерапевтической теории и практики.

Фундамент этого здания был заложен фигурой, чье учение до сих пор вызывает споры, но чье влияние невозможно переоценить – *Вильгельмом Райхом*, учеником Фрейда и радикальным реформатором психоанализа. Именно он совершил решительный поворот от анализа исключительно психических содержаний к прямому наблюдению и воздействию на тело как на материальный носитель и архив бессознательного.

Концепция «мышечного панциря», предложенная Райхом, стала краеугольным камнем телесно-ориентированной психотерапии. В своих работах, ключевой из которой для данного контекста является «Анализ характера»<sup>5</sup>, Райх постулировал, что характер человека – это не просто совокупность психических черт, но целостный, ригидный паттерн защитного поведения, который имеет стойкое соматическое выражение. Этот «панцирь» формируется в раннем детстве как защита от травмирующих переживаний, запретов и вытесненных импульсов, прежде всего сексуальных (либидозных).

Райх утверждал, что хроническое мышечное напряжение блокирует три фундаментальных потока: тревогу, гнев и сексуальное возбуждение, не позволяя энергии (*оргону*, в его терминологии) свободно циркулировать в организме. Он детально описал *семь основных сегментов мышечного панциря* (глазной, оральный, шейный, грудной, диафрагмальный, брюшной, тазовый), каждый из которых связан с определенными психологическими конфликтами и защитами.

Например, хронически сжатая челюсть (оральный сегмент) может указывать на подавленный гнев или потребность в контроле, а зажатость в области диафрагмы – на страх и блокировку эмоций. Таким образом, тело становилось прямой проекцией психической структуры, а мышечный гипертонус – материальным свидетельством вытеснения.

Этот характерологический анализ представлял собой революционный метод, сочетавший вербальную психоаналитическую технику с прямым физическим воздействием на напряженные зоны (давление, массаж, дыхательные упражнения) для высвобождения заблокированных эмоций и восстановления энергетического потока. Райх настаивал на том, что невротический характер нельзя изменить лишь через инсайт; необходимо физическое раскрепощение, разрушающее саму телесную основу защиты. Его работа заложила принцип, который остается центральным и сегодня: устойчивая психологическая трансформация требует изменения на уровне телесного паттерна.

Идеи Райха, несмотря на их маргинализацию и мистификацию в поздний период его творчества, получили мощное развитие в работах его последователей. *Александр Лоуэн*, осно-

---

<sup>5</sup> Райх В. Анализ характера. / пер. с англ. Е. В. Поле. – М.: Апрель Пресс; Изд-во ЭКСМО-Пресс, 2000. – 528 с.

ватель биоэнергетического анализа, в своей ключевой книге «Язык тела»<sup>6</sup> систематизировал и популяризировал подход, сместив акцент с оргона на биоэнергетику и разработав комплекс упражнений («арка Лоуэна», дыхательные практики) для заземления и высвобождения эмоций.

*Дэвид Боаделла*, создатель биосинтеза, в работе «Биосинтез»<sup>7</sup> пошел дальше, интегрировав райхианство с эмбриологией и теорией развития, выделив три основных потока жизненных энергий и связав их с конкретными тканями и системами тела.

В российском психотерапевтическом пространстве переосмысление и адаптация идей телесно-ориентированного подхода также нашли своих ярких представителей.

*Андрей Николаевич Моховиков* в своих трудах, например, в коллективной монографии «Телесно-ориентированная психотерапия»<sup>8</sup>, рассматривает телесные практики в контексте экзистенциально-гуманистической парадигмы, подчеркивая их роль в восстановлении аутентичности и целостности бытия-в-мире.

*Елена Владимировна Ромек* в работе «Психотерапия: теоретические основы и социальное становление»<sup>9</sup> анализирует телесные методы как часть исторического и социального контекста развития психотерапии, критически оценивая их место в современной доказательной практике.

Однако классический райхианский подход не избежал справедливой критики, главный вектор которой можно обозначить как психоаналитический редуccionизм. В рамках этой критики тело зачастую рассматривалось лишь как пассивный экран для проекции психических конфликтов, преимущественно сексуальной природы. Прямолинейная символизация («напряженные плечи – непосильная ноша») иногда подменяла собой тонкий анализ, а механические манипуляции с телом без понимания контекста и готовности психики могли приводить к ретравматизации. Тело рисковало стать объектом для интерпретации, а не субъектом диалога.

Современный этап развития телесно-ориентированной психотерапии характеризуется преодолением этого редуccionизма через интеграцию с данными нейрофизиологии и межличностной нейробиологии. Концепция мышечного панциря получает новое, научно обоснованное прочтение в свете теории поливагальной нервной системы *Стивена Порджеса*<sup>10</sup>, которая объясняет хроническое мышечное напряжение как часть оборонительной стратегии замирания (immobilization) при хронической активации симпатической системы и дорсального вагусного комплекса. Телесные блоки теперь понимаются не как символические шифры, а как следствие дисрегуляции автономной нервной системы и формирования устойчивых паттернов в двигательной коре и базальных ганглиях.

---

<sup>6</sup> Лоуэн А. Язык тела. / пер. с англ. С. Колеша. – СПб.: Академический проект, 2000. – 384 с.

<sup>7</sup> Боаделла Д. Биосинтез: интегральный подход к психотерапии. / пер. с англ. А. В. Борисова, И. Б. Гриншпун, Е. В. Поле – М.: Независимая фирма «Класс», 2004. – 176 с. – (Библиотека психологии и психотерапии)

<sup>8</sup> Телесно-ориентированная психотерапия. / сб. трудов под ред. А. Н. Моховикова. – М.: Изд-во Ин-та психотерапии, 2005. – 480 с.

<sup>9</sup> Ромек Е. В. Психотерапия: теоретические основы и социальное становление. – Ростов на Дону: Феникс, 2005. – 768 с.

<sup>10</sup> Порджес С. Поливагальная теория: нейрофизиологические основы эмоций, привязанности, общения и саморегуляции. / пер. с англ. В. В. Звоникова – М.: Изд-во «Эксмо», 2018. – 464 с.

Работы таких исследователей, как *Бессел ван дер Колк*<sup>11</sup> и *Пэт Огден*<sup>12</sup> напрямую связывают райхианские инсайты с современным пониманием травмы, имплицитной памяти и сенсомоторных процессов. Тело перестает быть лишь «панцирем», скрывающим психику; оно становится активным со-творцом психической реальности, хранилищем процедурной памяти и главным каналом для регуляции эмоционального состояния через обратную биологическую связь.

Таким образом, эволюция от Райха к современной нейронауке – это путь от редукционистской модели тела-как-символа к комплексной, холистической модели тела-как-интегративной-системы, где психическое и соматическое являются неразделимыми аспектами единого целого.

## Нейробиология воплощенного опыта

Если концепция «мышечного панциря» предложила феноменологическое описание связи психики и тела, то современная нейронаука предоставляет инструменты для изучения механизмов этой связи на уровне функционирования нервной системы. Ключевым прорывом стало понимание того, что значительная часть нашего опыта, особенно связанного с эмоциями, травмой и базовыми навыками, существует не в форме повествовательных воспоминаний, а как имплицитная (процедурная) память. Эта форма памяти, детально описанная в работах *Дэниела Сигела*, в частности, в его фундаментальной книге «Разум: путешествие к сердцу человеческой природы»<sup>13</sup>, отвечает за хранение бессознательных паттернов.

Имплицитная память кодирует не факты или события, а способы действия, эмоциональные тона и телесные ощущения. Она формируется через повторяющийся опыт, особенно в раннем детстве, и управляет нашими автоматическими реакциями: как мы ходим, как реагируем на стресс (замираем, бежим или боремся), какое базовое эмоциональное состояние для нас привычно.

Именно в этой системе хранения, локализованной в структурах, таких как миндалевидное тело, базальные ганглии и мозжечок, фиксируются устойчивые телесные паттерны – от привычной осанки и мышечного тонуса до паттернов дыхания в моменты тревоги. Эти паттерны становятся бессознательными автоматизмами, которые тело воспроизводит без участия сознательной воли, реагируя на внутренние или внешние триггеры.

Следовательно, хроническое напряжение в плечах или скованность в животе могут быть не просто мышечным спазмом, а материальным проявлением имплицитного воспоминания о давней угрозе, стыде или необходимости постоянного контроля. Работа с такими симптомами лишь на уровне сознания (когнитивная терапия) или лишь на уровне ткани (массаж) часто оказывается неэффективной, потому что не обращается напрямую к уровню памяти, где эти паттерны закодированы – к имплицитной, процедурной системе. Требуется подход, способный «перезаписать» эти автоматизмы через новый, интегрированный телесно-эмоциональный опыт.

---

<sup>11</sup> Ван дер Колк Б. Тело помнит все: Мозг, разум и тело в излечении травмы. / пер. с англ. А. С. Богдановой. – М.: Изд-во «Эксмо», 2021. – 464 с.

<sup>12</sup> Огден П. «Травма и тело: Сенсомоторный подход к психотерапии». / Огден П., Мinton К., Пейн Х.; пер. с англ. А. И. Белякова – М.: Когито-Центр, 2018. – 384 с.

<sup>13</sup> Сигел Д. Разум: путешествие к сердцу человеческой природы. / пер. с англ. Д. В. Самсонова. – М.: Манн, Иванов и Фербер, 2020. – 608 с.

Мощное нейробиологическое обоснование неразрывности телесного и психического было предложено *Антонио Дамасио* в его теории соматических маркеров, изложенной в книге «Ошибка Декарта: Эмоции, разум и человеческий мозг»<sup>14</sup>. Дамасио постулировал, что эмоции изначально являются телесными явлениями. Когда мы сталкиваемся с ситуацией (например, с риском или возможностью награды), наш мозг, основываясь на прошлом опыте, автоматически генерирует определенный комплекс телесных изменений – висцеральных, мышечных, эндокринных.

Этот комплекс, или соматический маркер, представляет собой специфическое «чувствование» в теле – волнение, сжатие в груди, легкость, тошноту. Ключевой тезис Дамасио заключается в том, что эти маркеры не просто сопровождают эмоции, а непосредственно участвуют в процессах принятия решений и направляют внимание. Префронтальная кора, центр сознательного планирования, получает и обрабатывает эти сигналы от тела, используя их как эвристику, которая помогает быстро оценить ситуацию и сделать выбор, часто еще до развернутого логического анализа.

Теория соматических маркеров блестяще объясняет, почему чисто рациональное понимание проблемы («Я знаю, что этот человек мне не друг») может проигрывать мощному телесно-эмоциональному впечатлению («Но я чувствую рядом с ним легкость и радость»). Она также проясняет природу психосоматических симптомов: хронический стресс или неразрешенный внутренний конфликт создает постоянный поток негативных соматических маркеров (напряжение, боль, спазм), которые, в свою очередь, влияют на общее эмоциональное состояние и когнитивные функции, формируя порочный круг.

Следовательно, воздействие на телесное состояние (например, через соматические практики, снижающие уровень тревожного возбуждения) способно напрямую менять эмоциональный фон и качество принимаемых решений.

Важный вклад в понимание системной организации эмоций и их телесного выражения внесла отечественная физиологическая школа. *Константин Викторович Анохин* разработал теорию функциональных систем, которая рассматривает целостный поведенческий акт как результат динамической интеграции множества элементов организма. В контексте эмоций это означает, что эмоциональное переживание – это не реакция отдельного центра мозга, а результат сложной системной организации, в которую обязательно включены афферентный синтез (оценка внешних и внутренних сигналов) и, что критически важно, обратная афферентация – поступление в мозг сигналов от периферических органов и систем тела о результатах действия.

В своей работе «Системные механизмы высшей нервной деятельности»<sup>15</sup> Анохин подчеркивал, что эмоция как функциональная система формируется при обязательном участии «санкционирующей афферентации» от внутренних органов, что делает телесный компонент неотъемлемой частью самого эмоционального процесса. Это напрямую перекликается с идеей соматических маркеров и обосновывает необходимость учета телесной обратной связи в любой модели эмоциональной регуляции.

---

<sup>14</sup> Дамасио А. Ошибка Декарта: Эмоции, разум и человеческий мозг. / пер. с англ. М. С. Ярошевского. – М.: АСТ: Corpus, 2021. – 352 с.

<sup>15</sup> Анохин К. В. Системные механизмы высшей нервной деятельности: избр. тр. – М.: Наука, 1979. – 453 с.

**Павел Васильевич Симонов**, в свою очередь, предложил информационную теорию эмоций, которая получила развитие в его монографии «Эмоциональный мозг»<sup>16</sup>. Согласно этой теории, сила и качество эмоции определяются соотношением между актуальной потребностью индивида, информацией, необходимой для ее удовлетворения, и информацией, которой он реально располагает.

Хотя теория Симонова в большей степени акцентировала нейрофизиологические корреляты в мозге, она также неразрывно связывала возникновение эмоций с потребностно-мотивационной сферой, реализация которой всегда имеет телесное измерение (потребность в безопасности, близости, комфорте). Более того, Симонов подробно изучал экспрессивный компонент эмоций – их внешнее, в том числе телесное, выражение через мимику, позу, вегетативные реакции, рассматривая это выражение не как эпифеномен, а как важную часть целостной эмоциональной реакции, имеющую коммуникативную и адаптивную функцию.

Таким образом, синтез современных западных концепций (имплицитная память, соматические маркеры) с системным подходом отечественной физиологии создает мощный теоретический фундамент. Он позволяет рассматривать телесный паттерн как активный компонент и носитель эмоционально-когнитивного опыта, закодированного в имплицитной памяти, а эмоцию – как целостный системный процесс, в котором сигналы от тела являются не следствием, а составной частью и регулятором. Это переводит работу с психосоматическими симптомами из плоскости символической интерпретации или механической коррекции в плоскость нейробиологически обоснованного переобучения интегрированной системы «мозг-тело».

## **Историческая эпистемология психосоматики**

Понимание взаимоотношений психического и телесного, которое сегодня кажется нам системным и многомерным, прошло сложную историческую эволюцию. Эта эволюция, или историческая эпистемология психосоматики, отражает смену научных парадигм от грубого дуализма и механистических моделей к холистическим и интегративным концепциям. Отслеживая этот путь, мы видим не просто накопление знаний, а радикальное изменение самого вопроса: не «как психика влияет на тело?», а «как психика и тело совместно конструируют феномен болезни и здоровья?».

Начальной точкой современной психосоматики по праву считается работа **Зигмунда Фрейда**, который, изучая истерические расстройства, предложил модель конверсии. В своих ранних работах, таких как «Исследования истерии» (совместно с Й. Брейером), и позднее в «Психопатологии обыденной жизни»<sup>17</sup>, Фрейд постулировал, что непереносимый психический конфликт, связанный с вытесненными, часто сексуальными, импульсами, может «конвертироваться» в физический симптом.

Этот симптом – например, паралич руки, потеря голоса (афония) или психогенная слепота – имел символическое значение и представлял собой компромиссное образование между запретным желанием и защитой от него. Конверсионная модель была революционной, так как впервые столь убедительно связала соматическое страдание с динамикой бессознательного.

---

<sup>16</sup> Симонов П. В. Эмоциональный мозг. – М.: Наука, 1981. – 215 с.

<sup>17</sup> Фрейд З. Психопатология обыденной жизни. / пер. с нем. В. М. Лейбина. – СПб.: Азбука, 2021. – 256 с.

Однако она имела существенные ограничения: она работала преимущественно с так называемой «большой истерией» (конверсионными расстройствами), оставляя в стороне хронические «неврозы органов» и реальные соматические заболевания. Тело в этой модели по-прежнему оставалось пассивным полем для проекции психических конфликтов, а связь носила характер линейного причинно-следственного воздействия («психика → тело»). Кроме того, модель была глубоко редукционистской, сводя многообразие психосоматических связей почти исключительно к вытесненной сексуальности.

Следующей важной вехой стала теория специфичности **Франца Александера**, ярко изложенная в его фундаментальном труде «Психосоматическая медицина: ее принципы и применение»<sup>18</sup>. Александер, один из основателей Чикагского института психоанализа, попытался преодолеть редукционизм Фрейда и сделать психосоматику более научной и специфичной. Он выдвинул гипотезу о том, что определенные неразрешенные эмоциональные конфликты predispose к возникновению конкретных заболеваний.

Например, язвенная болезнь желудка связывалась с хронической неудовлетворенной потребностью в зависимости и заботе, гипертоническая болезнь – с подавленной агрессией и стремлением к доминированию, а бронхиальная астма – с невыраженным конфликтом вокруг темы «брать и давать». Хотя теория специфичности Александера была шагом вперед, вводя понятие вегетативного невроза (хронического функционального нарушения органа из-за эмоционального стресса) и подчеркивая роль вегетативной нервной системы, она также подверглась критике.

Критики указывали на излишний психологический детерминизм и недостаток убедительных эмпирических доказательств жесткой связи «конфликт → болезнь». Тело в этой модели по-прежнему рассматривалось как относительно пассивная мишень, а социальный контекст болезни практически игнорировался.

Подлинную революцию в мышлении совершил психиатр и интернист **Джордж Энгель**, предложив в 1977 году биопсихосоциальную модель<sup>19</sup>. Эта модель стала прямым вызовом господствовавшей тогда биомедицинской парадигме, сводившей болезнь к поломке на молекулярном или органном уровне. Энгель утверждал, что для понимания болезни, особенно хронической, необходимо одновременное и равноправное рассмотрение трех взаимосвязанных уровней: биологического (генетика, физиология, биохимия), психологического (эмоции, познание, поведение, личность) и социального (семья, работа, культура, экономический статус).

В биопсихосоциальной модели пациент перестал быть носителем болезни («случай гипертонии») и стал личностью в уникальном жизненном контексте. Болезнь стала пониматься как результат сложного, нелинейного взаимодействия факторов всех трех уровней. Эта модель, ставшая сегодня методологическим стандартом в современной медицине и клинической психологии, заложила основу для междисциплинарного подхода и создала теоретическое пространство для интеграции психотерапии в общемедицинскую практику.

---

<sup>18</sup> Александер Ф. Психосоматическая медицина: Принципы и применение. / пер. с англ. С. Могилевского. – М.: Эксмо, 2002. – 352 с.

<sup>19</sup> Engel G. L. The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. // Science. – 1977. – Vol. 196, №4286. – pp. 129—136.

Она показала, что психосоматический симптом – это не просто следствие психического конфликта, а точка пересечения биологической уязвимости, психологических стратегий совладания и социальных стрессоров.

Современный этап развития психосоматической мысли во многом углубляет и конкретизирует биопсихосоциальную модель на нейрофизиологическом уровне. Ключевую роль здесь играет аллостатическая модель **Брюса МакИвена**, подробно изложенная в его книге «Стресс и здоровье: аллостаз и аллостатическая нагрузка»<sup>20</sup>. МакИвен вводит центральное понятие аллостатической нагрузки – кумулятивного износа организма, который возникает в результате хронической или неадекватной активности аллостатических систем, отвечающих за адаптацию к стрессу (гипоталамо-гипофизарно-надпочечниковая ось, симпатическая нервная система, цитокины).

В отличие от модели специфичности, аллостатическая модель объясняет, как неспецифический, но хронический стресс через длительную гиперсекрецию кортизола, адреналина и провоспалительных агентов приводит к «изнашиванию» сердечно-сосудистой, иммунной, метаболической и нервной систем, повышая риск самых разных заболеваний – от депрессии и тревоги до диабета, атеросклероза и остеопороза.

Это объясняет, почему люди, живущие в условиях хронического социально-экономического стресса или пережившие психологическую травму, имеют более высокий риск множественных соматических патологий. Теория МакИвена предоставляет нейробиологический мост между социальными и психологическими стрессорами и их конкретными биологическими последствиями, делая психосоматическую связь измеримой и предсказуемой.

Развитие психосоматического подхода в российской клинической психологии и медицине шло своим, но во многом параллельным путем, с опорой на традиции отечественной физиологии и неврологии. **Александр Романович Лурия**, выдающийся нейропсихолог, в своих работах, таких как «Основы нейропсихологии»<sup>21</sup>, заложил основы системного понимания мозговой организации высших психических функций и их связи с телесностью.

Его изучение афазий, апраксий и агнозий демонстрировало, как поражение определенных зон мозга не просто вызывает двигательный или чувствительный дефект, а разрушает целостную структуру осознанного телесного опыта и действия, что имеет прямое отношение к пониманию психосоматических феноменов, связанных с нарушением схемы тела.

**Борис Дмитриевич Карвасарский**, один из пионеров отечественной психотерапии, в своих трудах, например, в руководстве «Психотерапия»<sup>22</sup>, систематизировал и развивал психосоматическое направление в рамках клинической медицины. Он активно внедрял принципы биопсихосоциальной модели, подчеркивая необходимость комплексного лечения соматических больных с обязательным учетом личностных и ситуационных факторов, и способствовал интеграции психотерапевтических методов в общемедицинскую практику.

---

<sup>20</sup> МакИвен Б. Стресс и здоровье: аллостаз и аллостатическая нагрузка. / пер. с англ. А. В. Циммермана. – М.: Изд-во «Эксмо», 2022. – 384 с.

<sup>21</sup> Лурия А. Р. Основы нейропсихологии. – М.: Изд-во Моск. ун-та, 1973. – 374 с.

<sup>22</sup> Карвасарский Б. Д. Психотерапия. – 2-е изд., перераб. и доп. – СПб.: Питер, 2002. – 672 с.

**Валентин Давыдович Тополянский** и его соавтор М. В. Струковская в своей классической работе «Психосоматические расстройства»<sup>23</sup> дали всесторонний клинический анализ психосоматозов, рассматривая их в контексте особенностей личности, типа нервной системы и специфики психотравмирующей ситуации. Этот труд долгое время служил основным учебником и справочником для врачей и психологов, формируя целостный, клинически ориентированный взгляд на психосоматическую проблему в отечественной традиции.

Таким образом, эволюция психосоматики от конверсионной и специфической моделей к биопсихосоциальной и аллостатической отражает движение от простых линейных причинно-следственных схем к сложным, нелинейным, системным объяснениям. Современное понимание рассматривает психосоматический симптом как фокус конвергенции биологической предрасположенности, накопленной аллостатической нагрузки, индивидуальных психологических паттернов и актуального социального контекста. Это понимание снимает вопрос о приоритете «психики» или «тела», утверждая их неразрывное единство в процессе непрерывной адаптации и дезадаптации организма в окружающем мире.

**Проведенный историко-теоретический анализ позволяет сделать несколько принципиальных выводов, которые лягут в основу всей дальнейшей методологии.**

Во-первых, становится очевидным, что разрыв между психикой и телом является искусственным конструктом устаревших научных парадигм. От концепции мышечного панциря Райха до теории соматических маркеров Дамасио и аллостатической нагрузки МакИвена прослеживается единая линия: телесное и психическое представляют собой неразделимые, обуславливающие аспекты единого процесса жизнедеятельности. Эмоция – это всегда телесное событие, а хроническое телесное напряжение – это форма хранения и выражения эмоционального опыта.

Во-вторых, эволюция от конверсионной модели к биопсихосоциальной демонстрирует смену парадигмы с редукционистской на системную. Современное понимание психосоматического симптома отказывается от поиска единственной причины (будь то вытесненный конфликт или специфический эмоциональный профиль) в пользу комплексного видения. Симптом понимается как фокус конвергенции биологической уязвимости (генетика, конституция), накопленных последствий хронического стресса (аллостатическая нагрузка), устойчивых паттернов имплицитной памяти и актуального социального контекста пациента.

Наконец, синтез идей, почерпнутых из психоанализа, нейронауки и отечественной физиологии, задает новое направление для терапевтического действия. Если симптом – это проявление дезадаптивной, но закрепившейся на уровне нервной системы петли обратной связи, то цель вмешательства смещается с простого устранения этого проявления к перепрограммированию самой петли. Это требует стратегии, способной одновременно обращаться к содержанию психологического конфликта (нисходящий путь) и к запечатлевшему его телесному паттерну (восходящий путь).

Теоретико-методологические основы, изложенные в этой главе, подводят нас к практической необходимости интегративного синтеза. Они показывают, что ни глубинная психотерапия, ни высокотехнологичный массаж по отдельности не способны устойчиво разорвать порочный круг психосоматической дисрегуляции. Только их сознательное, синхронное объ-

---

<sup>23</sup> Тополянский В. Д., Струковская М. В. Психосоматические расстройства. – М.: Медицина, 1986. – 384 с.

единение в рамках целостной методологии открывает путь к подлинной и устойчивой трансформации, переводя работу с пациентом из плоскости борьбы со следствиями в плоскость диалога с целостной системой «человек-в-его-мире».

## **Семиотика и коммуникативная природа телесного симптома**

Переход от изучения механизмов психосоматического единства к анализу его смыслового измерения знаменует собой важнейший поворот в понимании природы симптома. Если в первой главе мы исследовали, как психическое и телесное оказываются неразрывно связаны на уровне нейрофизиологии и исторических моделей, то теперь мы обращаемся к вопросу зачем.

Зачем тело, эта высокоорганизованная биологическая система, порождает стойкое страдание, которое, на первый взгляд, не служит адаптации? Что пытается сообщить человеку его собственная плоть через язык боли, напряжения или дисфункции? Поиск ответа на эти вопросы ведет нас в область семиотики – науки о знаках и коммуникации.

Вторая глава будет посвящена исследованию симптома как особой формы высказывания, текста, написанного на специфическом языке тела. Мы рассмотрим эволюцию подходов к расшифровке этого языка: от классических, но спорных попыток составить универсальный словарь соответствий «орган-конфликт» до современных взглядов, рассматривающих симптом как живой, процессуальный и глубоко intersubjective феномен. Этот анализ необходим для того, чтобы выйти за рамки механистической парадигмы «поломки-починки» и увидеть в симптоме сложное послание о внутреннем разладе, адресованное как самому человеку, так и его окружению.

Особое внимание будет уделено критическому осмыслению границ интерпретации. Мы проанализируем риски спекулятивного символизма, когда терапевт, вооруженный готовыми теориями, навязывает пациенту чуждые смыслы, еще больше отчуждая его от собственного тела. В противовес этому мы изучим феноменологические и диалогические методы, которые предлагают не расшифровывать симптом извне, а вступать с ним в осознанный диалог, позволяя смыслу родиться из самого процесса совместного исследования телесного опыта. Именно этот диалогический, со-творческий подход ляжет в основу практической методологии, изложенной в последующих частях книги.

Эта глава выполняет роль моста между теорией и практикой. Она трансформирует наше восприятие симптома из проблемы, которую нужно устранить, в вызов, который требует понимания и ответа. Освоение семиотики телесности позволяет специалисту стать не просто механиком, ремонтирующим тело, но и внимательным переводчиком, способным услышать и помочь преобразовать тот уникальный нарратив, который пациент проживает через свое страдание.

### **«Язык органов»: между метафорой и клиническим фактом**

Концепция «языка органов» стала одной из центральных в классической психосоматике, предлагая увидеть в болезни символическое выражение неразрешенного внутреннего конфликта. Однако этот подход, будучи эвристически мощным, с самого своего возникновения балансировал на грани между глубокой клинической интуицией и спекулятивной метафоризацией, что требует от современного специалиста критического и взвешенного анализа.

Классический подход к символике симптома наиболее последовательно был разработан в рамках теории специфичности **Франца Александера**. В своей фундаментальной работе «Психосоматическая медицина: ее принципы и применение»<sup>24</sup> он и его чикагская школа стремились установить прямые символические соответствия между конкретными эмоциональными конфликтами и поражением определенных органов.

Так, гипертоническая болезнь интерпретировалась как следствие хронически подавляемой агрессии и враждебности, что метафорически связывалось с «давлением», которое пациент не может выпустить наружу. Язва желудка или двенадцатиперстной кишки виделась как результат фрустрированной, инфантильной потребности в получении заботы и питания, а бронхиальная астма – как «невыплаканные слезы» или подавленный крик о помощи, находящий выход в спазме дыхательных путей.

Эта система соответствий, безусловно, обладала терапевтической убедительностью и давала пациенту и врачу язык для обсуждения эмоциональных проблем через призму телесного страдания. Однако критический анализ этого подхода выявляет его ключевые слабости: психологический редукционизм и ригидный детерминизм. Тело в этой схеме вновь рискует стать пассивным полем для проекции заранее заданных символов, а уникальность индивидуального опыта подменяется общими схемами. Эмпирические исследования в целом не смогли надежно подтвердить жесткую специфичность «конфликт-орган», что поставило под сомнение универсальность такого «языка» и сместило акцент в сторону изучения общих механизмов стресса, описанных в предыдущей главе.

Параллельно и во многом альтернативно психоаналитической традиции, символическая природа симптома исследовалась в рамках эриксоновского гипноза и трансперсональной психологии. **Милтон Эриксон** в своей клинической практике, отраженной в многочисленных случаях<sup>25</sup>, мастерски использовал симптом как метафору и точку входа в бессознательные ресурсы пациента. Он не столько истолковывал симптом в рамках фиксированного словаря, сколько помогал пациенту самому найти его уникальный, часто образный смысл, используя этот смысл для терапевтического изменения.

**Станислав Гроф** в своих исследованиях холотропных состояний, изложенных в труде «За пределами мозга: Рождение, смерть и трансценденция в психотерапии»<sup>26</sup>, расширил контекст интерпретации до перинатального и трансперсонального уровней, рассматривая телесные симптомы как возможные проявления незавершенных глубинно-психических процессов, выходящих за рамки индивидуальной биографии.

Отечественная гуманитарная мысль внесла уникальный вклад в семиотику телесности, сместив фокус с индивидуальной символики на культурно-историческую и философскую опосредованность телесного опыта.

---

<sup>24</sup> Александер Ф. Психосоматическая медицина: Принципы и применение. / пер. с англ. С. Могилевского. – М.: Эксмо, 2002. – 352 с.

<sup>25</sup> Эриксон М. Г. Стратегия психотерапии. / пер. с англ. В. М. Сариуса, С. С. Степанова, А. Е. Соболева. – СПб.: Ювента, 2000. – 512 с.

<sup>26</sup> Гроф С. За пределами мозга: Рождение, смерть и трансценденция в психотерапии. / пер. с англ. А. Андрианова, В. Данченко, В. Самойлова. – М.: Изд-во Трансперсонального Ин-та, 1993. – 504 с.

**Мераб Константинович Мамардашвили** в своих лекциях и работах, таких как «Картезианские размышления»<sup>27</sup>, рассматривал тело не как природный объект, а как «событие», как форму, в которой сознание осуществляет себя в мире. Он подчеркивал, что телесный опыт всегда уже осмыслен, культурно оформлен, и потому симптом не может быть расшифрован вне контекста способа бытия и самоотношения конкретного человека в его мире.

**Вадим Валерианович Подорога** в фундаментальном труде «Феноменология тела: Введение в философскую антропологию»<sup>28</sup> проводит тщательный анализ того, как тело становится текстом, «письмом», чьи коды задаются культурными практиками, языком и властными отношениями. Его подход позволяет рассматривать симптом как сбой в этом «письме», как форму сопротивления или непонятный знак в рамках культурно заданного дискурса о теле.

**Елена Викторовна Улыбина** в монографии «Психология обыденного сознания»<sup>29</sup> исследует, как телесные метафоры и символы (такие как «сердце разывается», «глаза горят») структурируют наше повседневное переживание и понимание себя, указывая на глубинную взаимосвязь языка, тела и психической реальности.

Подводя итог, необходимо четко обозначить границы интерпретации и риски спекулятивного символизма. Поиск смысла в симптоме – терапевтически необходимый, но методологически опасный процесс. Главный риск заключается в насильственной интерпретации, когда терапевт, вооруженный готовым символическим словарем (классическим или современным), накладывает его на опыт пациента, не слыша его собственного, уникального нарратива. Это приводит к реификации симптома и отчуждению пациента от его тела, которое начинает восприниматься как враг, говорящий на чужом языке.

Таким образом, продуктивная работа с «языком органов» возможна лишь в диалогическом режиме, где интерпретация рождается не из теоретической схемы, а из совместного с пациентом исследования, где тело признается не просто текстом для расшифровки, а соавтором этого текста, чьи «высказывания» (симптомы) требуют не только перевода, но и ответного, бережного отклика. Задача терапевта – не быть криптографом, разгадывающим шифр, а создать пространство, где этот часто мучительный телесный «язык» может быть услышан, признан и, в конечном счете, трансформирован через осознанный диалог.

## **Симптом как адаптивный телесный нарратив и феномен интерсубъективности**

Если классическая семиотика искала в симптоме зашифрованное послание из прошлого, то современные процессуальные и интерсубъективные подходы предлагают взгляд на симптом как на живой, динамичный процесс, разворачивающийся в настоящем.

В этой парадигме симптом перестает быть лишь знаком прошлой травмы или конфликта, он обретает статус адаптивного телесного нарратива – актуальной, пусть и дезадаптивной, попытки саморегуляции и коммуникации, возникающей здесь и сейчас в ответ на внутренние или внешние вызовы. Это смещение фокуса с содержания на процесс принципиально меняет

---

<sup>27</sup> Мамардашвили М. К. Картезианские размышления. – М.: Прогресс, 1993. – 352 с.

<sup>28</sup> Подорога В. А. Феноменология тела: Введение в философскую антропологию. – М.: Ad Marginem, 1995. – 352 с.

<sup>29</sup> Улыбина Е. В. Психология обыденного сознания. – М.: Смысл, 2001. – 263 с.

терапевтическую позицию: от расшифровки статичного текста к соучастию в разворачивающемся диалоге.

Одним из наиболее радикальных воплощений этого подхода является процессуально-ориентированная психология *Арнольда Минделла*. В своей основополагающей работе «Сити-самоубийца: Исследование процесса в психологии»<sup>30</sup> и последующих трудах он предлагает рассматривать симптом, будь то физическая боль, навязчивое действие или эмоциональная вспышка, как «мечту тела» – сигнал от маргинализированных, неосознаваемых частей опыта, стремящихся быть интегрированными в целостность личности. Минделл утверждает, что симптом – это не ошибка, а творческая, хотя и искаженная, попытка саморегуляции системы, указывающая на «слепое пятно» в сознании.

В процессуальной работе терапевт не интерпретирует симптом, а следует за его процессом, помогая клиенту осознать и развернуть те телесные ощущения, движения, звуки или образы, которые с ним связаны. Боли в спине можно «дать голос», позволив ей выразиться через спонтанное движение или звук; панической атаке – проследить ее телесную волну, обнаруживая в ней заблокированную энергию или невысказанное сообщение. Таким образом, симптом из проблемы превращается в проводника к глубинным ресурсам и неинтегрированному опыту, а терапия становится совместным исследованием этого живого нарратива, написанного языком тела.

Этот диалогический, со-творческий аспект работы с симптомом получает мощное нейробиологическое и клиническое обоснование в концепциях интерсубъективности и телесного резонанса, разработанных в современной соматической психологии и психотерапии травмы. *Аллан Шор* в своих исследованиях аффективной нейробиологии, обобщенных в работе «Наука психотерапии: как мозг строит разум»<sup>31</sup>, показывает, что регуляция эмоциональных состояний изначально происходит в диаде, через невербальную, право-полушарную коммуникацию между матерью и младенцем.

Терапия по Шору в идеале воспроизводит этот процесс: терапевт через невербальный резонанс (тон голоса, мимику, позу, ритм дыхания) создает безопасное «контейнирующее» пространство, которое помогает клиенту регулировать непереносимые аффекты и интегрировать диссоциированный опыт. Симптом в этом свете можно рассматривать как свидетельство сбоя в ранних диадических отношениях регуляции и как бессознательную попытку восстановить эту регуляцию через тело, когда психические средства оказываются недостаточными.

*Пэт Огден*, основатель соматической психотерапии, в книге «Травма и тело: Сенсомоторный подход к психотерапии»<sup>32</sup> развивает идею телесного контрпереноса. Она обращает внимание на то, что в процессе работы с травмированным клиентом терапевт может неосознанно начать испытывать телесные ощущения, эмоции или импульсы, которые являются отражением невербализованного, диссоциированного опыта клиента. Например, при работе с клиентом, пережившим насилие, терапевт может внезапно почувствовать сжатие в горле или холод в конечностях.

---

<sup>30</sup> Минделл А. Сити-самоубийца: Исследование процесса в психологии. / пер. с англ. В. В. Зеленского. – СПб.: Тимченко, 1997. – 256 с.

<sup>31</sup> Шор А. Н. Наука психотерапии: как мозг строит разум. / пер. с англ. А. В. Литвиновой. – М.: Когито-Центр, 2019. – 424 с.

<sup>32</sup> Огден П., Минтон К., Пейн Х. Травма и тело: Сенсомоторный подход к психотерапии. / Пер. с англ. А. В. Голубева, Е. В. Михайловой. – М.: Когито-Центр, 2018. – 384 с.

Работа с этим контрпереносом становится не помехой, а ценнейшим диагностическим и терапевтическим инструментом, прямым каналом к имплицитной памяти клиента. Осознавая и рефлексирова свои телесные реакции, терапевт может лучше понять телесный нарратив клиента и осторожно вернуть ему эти проекции в переработанной, безопасной форме, способствуя интеграции. Таким образом, симптом существует не в изоляции, а в поле интересубъективности, и его трансформация возможна только в рамках безопасных, резонирующих терапевтических отношений.

Отечественная наука также внесла весомый вклад в изучение невербальных аспектов коммуникации, что имеет прямое отношение к пониманию симптома как интересубъективного феномена. Классические работы **Виктории Александровны Лабунской**, такие как монография «Невербальное поведение (социально-перцептивный подход)»<sup>33</sup> и более позднее учебное пособие «Психология невербального общения»<sup>34</sup>, заложили основы системного исследования экспрессивного поведения человека.

Лабунская исследовала такие аспекты, как проксемика (использование пространства в коммуникации), такесика (прикосновения), кинесика (жесты, позы, мимика), паралингвистика (интонация, тембр голоса). Ее работы показывают, как через эти каналы транслируются и воспринимаются статусные отношения, эмоциональные состояния, отношение к партнеру, что формирует общий контекст межличностного взаимодействия.

Для интегративного терапевта эти знания бесценны: они позволяют «читать» телесный нарратив клиента не только как внутренний процесс, но и как послание, адресованное терапевту в рамках их совместного пространства. Напряженная поза, избегание глазного контакта, интонации голоса – все это часть разворачивающегося симптоматического сценария, который требует не только внутреннего, но и межличностного разрешения.

Таким образом, рассмотрение симптома как адаптивного нарратива и феномена интересубъективности открывает путь к более экологичной и уважительной терапии. Симптом перестает быть врагом, которого нужно устранить, а становится союзником в исследовании – трудным, но честным сообщением о нарушенной саморегуляции и попыткой установить связь.

Работа терапевта заключается в том, чтобы войти в резонанс с этим сообщением на телесном и эмоциональном уровне, признать его адаптивную функцию в прошлом и помочь системе найти новые, более гибкие и осознанные способы саморегуляции и коммуникации в безопасных условиях терапевтических отношений.

## **Феноменологические методы исследования воплощенного опыта**

Следующим логическим шагом в осмыслении семиотики симптома является переход от его интерпретации как текста к непосредственному исследованию самого процесса его переживания. Если симптом – это сообщение, написанное языком тела, то как научиться внимательно читать этот язык, не подменяя живое ощущение готовыми интерпретациями?

---

<sup>33</sup> Лабунская В. А. Невербальное поведение (социально-перцептивный подход). – Ростов на Дону: Изд-во Ростов. ун-та, 1986. – 136 с.

<sup>34</sup> Лабунская В. А. Психология невербального общения. – Ростов на Дону: Феникс, 2015. – 344 с.

Ответ на этот вопрос предлагают феноменологические методы, ставящие во главу угла прямое, беспредпосылочное описание и изучение опыта таким, каким он является в непосредственном переживании. В контексте психосоматики это означает методы работы с воплощенным опытом – с теми самыми телесными ощущениями, из которых и складывается ткань симптома. Эти подходы предлагают не теорию о теле, а практику познания через тело.

Одним из ключевых методов такого рода является соматика *Томаса Ханны* (Hanna Somatics), изложенная в его работе «Соматика: Возрождение контроля ума над движением, гибкостью и здоровьем»<sup>35</sup>. Ханна ввел различие между «телом» как объектом, наблюдаемым извне, и «сомой» – телом, переживаемым изнутри, субъективно. Его метод, основанный на принципах нейропластичности, представляет собой систему медленных, осознанных движений, выполняемых с пассивным вниманием к внутренним ощущениям.

Цель направленного осознания в соматике Ханны – не растянуть мышцу, а заново обучить мозг чувствовать и контролировать ее. Через микро-движения и внутренний фокус пациент учится распознавать и дифференцировать ощущения сенсорно-моторной амнезии – хронические, бессознательные мышечные сокращения, ставшие невидимыми для нервной системы. Этот процесс позволяет «разморозить» паттерн боли или напряжения, вернув ему статус осознаваемого и управляемого опыта. Симптом здесь перестает быть чуждым объектом и становится точкой входа в диалог с собственной сомой, открывая путь к саморегуляции через переобучение нервной системы.

Параллельный и не менее влиятельный подход – фокусировка (Focusing), разработанная *Юджином Джендлином*. В своей знаковой книге «Фокусирование: Новый психотерапевтический метод работы с переживаниями»<sup>36</sup> он описал процесс доступа к «ощущаемому смыслу» – нечеткому, телесно ощущаемому, но еще не вербализованному переживанию проблемы. Фокусировка учит пациента удерживать дружественное, непредвзятое внимание к такому телесному чувству (например, к «кому в горле» или «тяжести в груди»), позволять ему меняться и постепенно прояснять свое значение.

Это не интеллектуальный анализ, а терпеливое «пребывание-рядом» с телесным переживанием до тех пор, пока из него не родится спонтанный сдвиг – «felt shift», сопровождающийся физическим облегчением и эмоциональным прояснением. Метод Джендлина предоставляет инструмент для работы с симптомом как с живым, развивающимся процессом в настоящем, избегая спекулятивных интерпретаций и позволяя смыслу родиться из самого телесного опыта.

Таким образом, и соматика Ханны, и фокусировка Джендлина предлагают практики воплощенной рефлексии, где тело выступает не объектом воздействия, а субъектом познания и трансформации.

С феноменологической традицией тесно связан диалогический подход к симптому, развитый в рамках гештальт-терапии *Фрица Перлза*. В своих работах, таких как «Гештальт-терапия: возбуждение и рост в человеческой личности»<sup>37</sup>, Перлз рассматривал симптом как

---

<sup>35</sup> Ханна Т. Соматика: Возрождение контроля ума над движением, гибкостью и здоровьем. / пер. с англ. Е. В. Мариничевой. – М.: Постум, 2018. – 256 с.

<sup>36</sup> Джендлин Ю. Фокусирование: Новый психотерапевтический метод работы с переживаниями. / пер. с англ. А. Я. Лызловой. – М.: Независимая фирма «Класс», 2000. – 448 с. – (Библиотека психологии и психотерапии)

<sup>37</sup> Перлз Ф., Хефферлин Р., Гудмен П. Гештальт-терапия: возбуждение и рост в человеческой личности. / пер. с англ. М. Папуш. – М.: Ин-т Общегуманитарных исследований, 2001. – 640 с.

незавершенный гештальт, как прерванный контакт с актуальной потребностью. Гештальт-терапия предлагает не анализировать симптом, а вступить с ним в диалог через технику «пустого стула» или прямое обращение к части тела.

Пациенту предлагается «стать» своей болью в спине или напряжением в шее и от его лица говорить с собой, высказывая претензии, страхи или желания. Этот метод позволяет материализовать и завершить прерванный внутренний конфликт, переводя его из сферы телесного страдания в сферу осознанного межличностного (или внутриличностного) диалога. Симптом здесь понимается как «замороженная речь», а терапия – как процесс ее размораживания и доведения до завершения.

Позднее диалогическую парадигму радикализировала нарративная практика **Майкла Уайта** и **Дэвида Эпстона**. В их совместной работе «Нарративные средства достижения терапевтических целей»<sup>38</sup> симптом рассматривается не как часть личности, а как проблема, оккупировавшая жизнь человека. Ключевой метод – экстернализация – отделение проблемы от идентичности пациента. Терапевт предлагает дать проблеме имя («Тревога», «Боль-тиран»), вынести ее вовне и вступить с ней в исследовательский диалог: как она влияет на жизнь пациента, какие стратегии использует, какие убеждения навязывает.

Такой подход снимает с пациента клеймо «больного» и создает пространство для сопротивления проблеме, поиска уникальных эпизодов, когда симптом отступал. Телесный симптом в нарративной практике также экстернализируется и исследуется как отдельный персонаж, что позволяет пациенту занять более активную, авторскую позицию по отношению к своему опыту, переписать доминирующую «историю болезни» на альтернативную, предпочитаемую «историю выздоровления».

Отечественная психологическая мысль также внесла вклад в разработку методов работы с воплощенным опытом, в частности, в области телесно-ориентированной диагностики и терапии.

**Федор Ефимович Василюк** в рамках своей концепции «понимающей психотерапии», изложенной в одноименной монографии<sup>39</sup>, предложил тонкий метод работы с переживанием, который можно отнести к феноменологической традиции. Хотя его подход не является сугубо телесным, он глубоко учитывает внутреннюю форму переживания, включая его телесные составляющие, и предлагает техники со-бытийного понимания, направленные на «выращивание» нового опыта из кризисного переживания, что перекликается с идеями соматического переобучения.

**Владимир Юрьевич Завьялов** в своих работах, посвященных психосоматической диагностике и психотерапии внутренних болезней, таких как «Психосоматика: психотерапия внутренних болезней»<sup>40</sup>, развивал и адаптировал для медицинской практики многие телесно-ориентированные и феноменологические методы (включая элементы гештальт-терапии, ауто-тренинга, визуализации). Его практический вклад заключается в разработке конкретных протоколов и техник, позволяющих врачу и психологу работать с телесным симптомом

---

<sup>38</sup> Уайт М., Эпстон Д. Нарративные средства достижения терапевтических целей. / пер. с англ. И. Ю. Хамитовой. – М.: Независимая фирма «Класс», 2011. – 320 с. – (Библиотека психологии и психотерапии)

<sup>39</sup> Василюк Ф. Е. Понимающая психотерапия. – М.: Смысл, 2007. – 376 с.

<sup>40</sup> Завьялов В. Ю. Психосоматика: психотерапия внутренних болезней. – Новосибирск: Изд-во НГУ, 2003. – 216 с.

как с психологическим феноменом, используя методы направленного воображения, диалога с симптомом и работы с ощущениями для снятия функциональных блоков.

Таким образом, феноменологические и диалогические методы предоставляют интегративному терапевту богатый арсенал для работы с симптомом не «сверху», из позиции знающего интерпретатора, а «изнутри», как соучастника процесса исследования.

Они смещают фокус с вопроса «Что это значит?» на вопросы «Как это переживается?» и «Что хочет быть прожитым через этот симптом?». Эти подходы учат слушать и доверять мудрости воплощенного опыта, превращая терапию из процедуры коррекции в совместное путешествие по ландшафту телесности, где каждый симптом – не тупик, а поворот на пути к большей целостности и осознанности.

***Проведенный анализ семиотики телесного симптома позволяет сформулировать несколько принципиальных выводов, которые станут руководящими принципами для интегративной практики.***

Во-первых, симптом необходимо рассматривать не как статичный шифр из прошлого, а как динамический, адаптивный нарратив, разворачивающийся в настоящем. Это активная, пусть и дезадаптивная, попытка саморегуляции и коммуникации, указывающая на незавершенные процессы, диссоциированные аффекты или неинтегрированный опыт. Такой взгляд снимает с пациента стигму пассивной жертвы болезни и открывает пространство для сотрудничества с симптомом как с союзником в исследовании.

Во-вторых, работа с этим нарративом возможна только в поле интересубъективности, в рамках безопасных и резонирующих терапевтических отношений. Современные исследования в области нейробиологии аффекта и соматической психотерапии убедительно показывают, что трансформация имплицитных, телесно запечатленных паттернов происходит через новый опыт диадической регуляции. Телесный резонанс и осознанный контрперенос терапевта становятся ключевыми инструментами доступа к бессознательному материалу клиента и его последующей интеграции.

Наконец, наиболее экологичными и эффективными методами работы с воплощенным опытом оказываются феноменологические и диалогические практики, такие как фокусировка, соматика Ханны, гештальт-диалог и нарративная экстернализация. Эти подходы отказываются от насильственной интерпретации в пользу бережного следования за живым процессом переживания. Они учат пациента и терапевта совместно исследовать симптом, задавая вопросы не «что это значит?», а «как это ощущается?» и «что хочет произойти через это ощущение?», позволяя новому смыслу и новому телесному опыту рождаться спонтанно.

Таким образом, вторая глава завершает формирование необходимого концептуального фундамента. Мы установили, что симптом – это не случайный сбой, а осмысленное событие в целостной системе «тело-психика-отношения». Эта система говорит на своем языке, и наша задача – не заставить ее замолчать, а научиться вести с ней уважительный и преобразующий диалог.

С этим пониманием мы переходим к третьей главе, где сосредоточимся на нейрофизиологических системах, которые делают такой диалог не только возможным, но и научно обоснованным, переводя философию диалога в конкретные протоколы модуляции нервной системы.

## Нейрофизиологические регуляторные системы как основа для интегративного вмешательства

Переход от семиотики, изучающей смысловое содержание симптома, к его нейрофизиологическим основам представляет собой необходимый шаг от интерпретации к прямому терапевтическому действию. Если вторая глава дала нам понимание того, что сообщает тело через симптом, то теперь мы должны ответить на вопрос, как это сообщение материализуется и, что более важно, как его можно трансформировать на уровне биологических процессов. Эта трансформация возможна только при условии четкого понимания конкретных регуляторных систем организма, которые выступают в роли универсального «языка», на котором говорят и психика, и соматика.

Данная глава посвящена исследованию тех самых механизмов, которые опосредуют связь между психологическим опытом и телесным состоянием. Мы сосредоточимся на трех ключевых научных парадигмах: поливагальной теории, объясняющей иерархию реакций на стресс и роль социальной безопасности; концепции вегетативного континуума, связывающей состояние блуждающего нерва с понятием «окна толерантности»; и, наконец, на принципе нейропластичности, доказывающем способность целенаправленных телесных практик перестраивать сам мозг. Каждая из этих концепций не просто описывает устройство системы, но и указывает на конкретные точки приложения для терапевтических усилий.

Такой анализ необходим для перевода философии целостного подхода в плоскость доказательной, воспроизводимой методологии. Понимание того, что создание безопасного терапевтического альянса – это не этика, а нейрофизиология; что дыхательные упражнения – это не эзотерика, а прямая стимуляция блуждающего нерва; а осознанное движение – не просто гимнастика, а тренировка интероцептивных и проприоцептивных сетей мозга, – наделяет специалиста точным инструментарием. Это позволяет двигаться от интуитивных догадок к осознанному, обоснованному и эффективному синтезу психотерапевтических и соматических методов в едином терапевтическом процессе.

## Поливагальная теория: новая парадигма понимания безопасности и связи

Понимание глубинных механизмов, которые управляют нашими реакциями на стресс, формируют способность к социальным связям и лежат в основе множества психосоматических расстройств, долгое время оставалось фрагментированным. Классическая дихотомия «симпатическая (бей/беги) – парасимпатическая (отдыхай/переваривай) нервная система» не могла удовлетворительно объяснить всю сложность человеческого поведения, особенно в контексте травмы, хронического беспокойства и нарушений социальной коммуникации.

Подлинную революцию в нейрофизиологии эмоций и стресса совершила поливагальная теория, предложенная *Стивеном Порджесом*. Детальный анализ этой теории, представленной в его основополагающем труде «Поливагальная теория: нейрофизиологические основы эмоций, привязанности, общения и саморегуляции»<sup>41</sup>, не только пересматривает устоявшиеся

---

<sup>41</sup> Порджес С. Поливагальная теория: нейрофизиологические основы эмоций, привязанности, общения и саморегуляции. / пер. с англ. Н. В. Антоновского. – М.: Изд-во «Эксмо», 2018. – 464 с.

представления о вегетативной регуляции, но и предоставляет бесценную карту для целенаправленного терапевтического вмешательства.

Ключевое открытие Порджеса заключается в радикальном переосмыслении роли блуждающего нерва (*nervus vagus*), главного проводника парасимпатической системы. Ученый выделил в его структуре две функционально и эволюционно различных ветви, формирующих трехступенчатую иерархию нейрофизиологических ответов на вызовы среды.

Самой древней является дорсальная (задняя) ветвь блуждающего нерва, берущая начало от дорсального моторного ядра. Эта не-миелинизированная система – наследие рептильного этапа эволюции – ответственна за примитивнейшую реакцию на смертельную, непреодолимую угрозу: замирание (*immobilization*), обморок, тотальное отключение. В этом состоянии, часто сопряженном с диссоциацией, активность симпатической системы подавлена, метаболизм и сердечный ритм замедлены до минимума, а болевая чувствительность притуплена. Это стратегия последнего шанса, когда борьба и бегство невозможны.

Следующей в эволюционной иерархии идет симпатическая нервная система, активирующая классическую реакцию «бей или беги». Она мобилизует организм на активное противостояние угрозе через выброс адреналина, увеличение частоты сердечных сокращений, перераспределение кровотока к мышцам. Однако, согласно поливагальной теории, у социальных млекопитающих, и особенно у человека, существует более совершенная и первично оценивающая обстановку система.

Эволюционно самая молодая структура – вентральная (передняя) ветвь блуждающего нерва, миелинизированная и связанная с ядром одиночного пути. Эта «умная» система является нейрофизиологическим субстратом социального взаимодействия, коммуникации и чувства безопасности.

Вентральный вагусный комплекс постоянно сканирует окружение (особенно через аудио- и визуальные сигналы) на предмет признаков безопасности или опасности. Когда он определяет среду как безопасную, он остается активным, поддерживая состояние спокойного, вовлеченного общения («*social engagement*»). Эта активность проявляется в спокойном тоне и модуляциях голоса, выразительной и доброжелательной мимике, способности устанавливать и поддерживать зрительный контакт, а также в оптимальном тоне мышц среднего уха, позволяющем четко различать человеческую речь на фоне шума.

Критически важно, что активный вентральный вагус физиологически подавляет активность нижележащих защитных систем – симпатической и дорсальной вагусной. Таким образом, Порджес описывает не дуализм, а нейроцепцию – бессознательную нейронную оценку риска, которая в иерархическом порядке включает одну из трех программ: социальную коммуникацию, мобилизацию на борьбу/бегство или тотальное замирание.

Эта парадигма имеет решающее значение для понимания генеза психосоматических расстройств. Хронический стресс, особенно в раннем детстве, или острая непроработанная травма могут привести к стойкой дезадаптации поливагальной системы. Нервная система такого человека теряет способность эффективно распознавать безопасность, находясь в состоянии постоянной «нейроцептивной настороженности». Это приводит к хронической гиперактивации симпатической системы, что клинически проявляется как тревожные расстройства, панические атаки, мышечная скованность, гипертония, нарушения сна и пищеварения.

В более тяжелых случаях, когда опыт угрозы был подавляющим, может доминировать паттерн, связанный с дорсальным вагусом: хроническая усталость, депрессия, диссоциативные состояния, функциональные боли, ощущение бессилия и выученной беспомощности. Телесный симптом в этой логике – прямой соматический отпечаток того уровня нервной системы, который в данный момент хронически активен или к которому человек регрессирует под давлением стресса.

## **Конец ознакомительного фрагмента.**

Текст предоставлен ООО «Литрес».

Прочитайте эту книгу целиком, [купив полную легальную версию](#) на Литрес.

Безопасно оплатить книгу можно банковской картой Visa, MasterCard, Maestro, со счета мобильного телефона, с платежного терминала, в салоне МТС или Связной, через PayPal, WebMoney, Яндекс.Деньги, QIWI Кошелек, бонусными картами или другим удобным Вам способом.