Правительство Российской Федерации

Федеральное государственное автономное образовательное учреждение

высшего профессионального образования

«Национальный исследовательский университет   
«Высшая школа экономики»

###### Факультет прикладной политологии

###### Кафедра политического поведения

###### БАКАЛАВРСКАЯ РАБОТА

На тему «Эмоциональная атмосфера в высших эшелонах власти Великобритании и США в ХХ в.»

Студент группы № 441

Сотников Н.Ю.

Руководитель ВКР

д.п.н., профессор, Урнов М.Ю.

Москва – 2013

Содержание

Введение 3

Истории болезней лидеров XX столетия 17

Лидеры США 17

Лидеры Великобритании 29

Психосоматическая реконструкция 36

Выявление значимых эмоциональных компонентов и их смыслового содержания 50

Заключение 53

Список литературы 55

# **Введение**

Говоря о политике, исследователи склонны, в большей степени, изучать структуру общества, методы его формирования, институты, идеологию. Однако стоит признать, что при изучении каждого из этих элементов не менее важным окажется уделить внимание конкретным лицам, инициирующим какие-либо изменения, приводящим в действие тот или иной проект по реструктуризации определенной сферы существования государства и общества. Можно долго спорить о различиях таких двух понятий, как «политик» и «управленец». Однако в данной работе предлагается определить первого человека государства, как лицо, принимающее решения, чтобы не склоняться к подмене понятий и не быть вынужденным опираться на собственные аксиомы уже на этом уровне. Также прежде, чем перейти к исследованию, нам необходимо определить рамки понятия «высшие эшелоны власти». В данном исследовании буду рассматриваться заболевания исключительно глав государств. Однако, понимая, что главы государства являются катализаторами эмоциональной динамики, мы говорим о том, что собираемся анализировать эмоциональную атмосферу именно в высших эшелонах власти.

Главы правительств (как в случае с Великобританией) и главы государств (как в случае с США) принимают необъятное количество решений уже с первого дня вступления на управляющую должность. Последствия этих решений распространяются на такое грандиозное количество компонентов жизнеобеспечения общества, что от них иногда зависят жизни целых групп граждан.

Когда Бисмарк произносил свое популярное утверждение о том, что «политика есть учение о возможном», он подразумевал, что политик должен быть максимально сдержан в своих амбициях. Другими словами, одними из важнейших качеств политика (лица, принимающего решение) должны быть компетентность и умение судить о перспективах своих решений с реалистических позиций. Именно поэтому, когда мы допускаем нечто, что способно навредить здравому суждению, мы можем нанести значительный и при этом безосновательный вред при принятии решения.

Если мы исходим из предпосылки о том, что важнейшими качествами политика должны быть компетентность и умение реалистично рассуждать о перспективах решений, тогда нам нужно обратить внимание на то, что политик – тоже человек, то есть его здоровье подвержено заболеваниям. Нам необходимо обратить внимание на то, как болезни могут влиять на принятие решений, ведь они имеют большое количество разнообразных последствий. Не говоря уже о том, что любое более или менее серьезное заболевание рефлексируется человеком также на эмоциональном уровне. Отсюда мы можем плавно перейти к актуальности выбранной тематики исследования.

Итак, мы видим, что при изучении политических процессов, у нас есть множество возможных инструментов и объектов исследования, которые связаны скорее со структурами и процессами, чем с непосредственными личностями, принимающими решения. Когда мы представляем себе любого человека, мы можем говорить о некоем эмоциональном фоне, в рамках которого этот человек существует в какой-либо промежуток времени. И, когда мы рассуждаем о процессе принятия решений, мы учитываем лишь влиятельные факторы, не находящиеся в пространстве человека, но не учитываем тот самый эмоциональный фон. Мы обладаем знанием о том, что институциональные факторы влияют на процесс принятия решений и, соответственно, на его результаты. Мы также имеем богатое представление о моделях поведения человека в рамках парадигмы, утверждающей и устанавливающей рациональное поведение индивида на вершине «пирамиды» возможных человеческих поступков. Однако существуют определенные действия политиков, которые не могут быть объяснены исключительно институциональным фактором или через рационалистский пафос. Показательным примером в этом случае служит ситуация, которая сложилась у Гарольда Вильсона, премьер-министра Великобритании в периоды с 1964 по 1970 годы и с 1974 по 1976 годы. Нам известно, что проблемы политического и экономического толка, существующие в Великобритании второго периода его правления, набирали обороты, однако, нельзя было сказать, что Гарольд Вильсон приходил к успешным решениям. Вместо этого он совершенно неожиданно ушел в отставку в 1976 году. Как мы еще успеем выяснить далее, он был практически вынужден подать в отставку из-за развивающегося сердечно-сосудистого заболевания.

Что касается исследования эмоций в сфере политического, то внимание научного сообщества в большей степени было уделено изучению эмоциональной атмосферы социальных групп (в зависимости от дискурса: толпы или масс). Так, например, профессор психологии в университете Висконсин-Мэдисон Леонард Берковиц, исследуя причины и результаты эмоциональных состояний различного рода (значительная часть работ посвящена исследованию агрессии), часто занимается трансляцией знания, полученного на основе экспериментов и интервьюирования отдельных личностей, через призму социального пространства, что позволяет его работам приобретать социально-психологический характер. Показательной работой в этом смысле является его «Агрессия: причины, последствия и контроль» (Берковиц, 2001). В данной работе автор изучает причины возникновения агрессии в обществе, апеллируя к индивидуальным экспериментам. В контексте настоящего исследования считается важным отметить тот факт, что Берковиц в своей работе не отрицал биологические влияния на возникновение и формирование определенного типа настроения (именно психосоматическая теория, о которой пойдет речь в данной работе, рассматривает любое устойчивое эмоциональное состояние через призму биохимических механизмов), однако, сам их не рассматривал. Так или иначе, Берковиц, исследуя устойчивые эмоциональные состояния, которые сам называл «настроением», обращался либо к индивидам в обществе, либо к самому обществу как продукту суммы индивидов: изучение эмоциональных состояний высших уровней власти осталось в стороне.

Крэйг Андерсон и Брэд Бушман, так же, как и Берковиц, занимающиеся исследованиями агрессивных состояний, в своей знаменитой статье «Human Aggression» изучают знание об агрессивных состояний с точки зрения различных теорий, среди которых в том числе можно увидеть теорию социального научения (теория, формирующая представление о человеке как существе, на протяжении жизни вынужденно проходящем через определенные этапы социализации, что и является основой становления характера человека) и теорию социального взаимодействия (теория, изучающая микроуровни коммуникации между индивидом и его социальным окружением) (Anderson, Bushman, 2002). Помимо указанного выше, будучи психологами по образованию и сфере научных интересов, Андерсон и Бушман в своем исследовании более не уделяют внимание социальному значению и социальным причинам агрессии. Таким образом, мы вновь сталкиваемся с довольно жесткими рамками изучения индивидуальных характеристик и их связей с обществом.

Указанные выше исследования касались в большей степени психологии как самостоятельной науки или ее социальной интерпретации. Однако в начале двадцатого века было создано такое понятие, как «политическая психология», возникшее как реакция на рационалистский и институциональный пафосы. Тем не менее о каких-либо более или менее фундаментальных работах в рамках политической психологии можно говорить лишь применительно к концу второй половины двадцатого века. Так, в 1996 году появился труд Филиппа Брода, который в переводе с французского называется «Эмоции в политике» («L'émotion en politique») (Braud, 1996). Работа в первую очередь важна тем, что в ней впервые уделено фундаментальное внимание вопросам значимости политической психологии. В частности, в работе изучаются отношения между психологией и политикой, которые являются сложными и порождающими большое количество споров. Суть споров сводится к образованию двух лагерей, отношения между которым условно описываются тем, что социология относится к коллективному поведению, а психология к индивидуальному. Таким образом, можно ожидать, что политические исследователи, которые применяют коллективный или структурный подходы в исследованиях политических отношений, неохотно признают актуальность политической психологии, в то время как те, кто поддерживает индивидуалистический подход с большой долей вероятности признают ее полезность или даже будут обсуждать ее необходимости. Сама политическая психология в интерпретации Брода включает в себя аспекты личности, групповые и массовые явления, эмоциональный интеллект и политический символизм. На его работы повлиял психоанализ, литература по антропологии и исследования конструктивистов. Брод делает акцент на политической психологии и символизму в политике. Больше всего его интересуют вопросы соотношения насилия физического и символического (в качестве примера приводится убийство Джон Кеннеди, которое со следующими поколениями обросло мифами и образами). Он утверждает, что эмоциональное часто недооценивается в исследованиях политики и маскируются теорией рационализма. Тем не менее эмоциональные факторы важны. И важны в двух аспектах (два уровня): первый - то как и в какой мере эмоциональное состояние акторов влияет на процесс принятия решений и создание; второй - поведение определяется социальной системой (ожидания, проекции и т.д.). Поэтому важно изучать эмоциональное в социально значимых ситуациях. Отсюда возникает "психология ситуаций". Автор также уделяет особое внимание тому символическому, которое видно в работе политика, а именно идиомам, ключевым словам, что существует из-за влияния ритуальных и обрядовых практик, существующих вокруг политика, памятников, произведений искусства и прочих никак, казалось бы, не связанных с этим вещей.

Таким образом, мы видим, что Филипп Брод уделяет внимание личности политика в большей степени, чем это делали исследователи в сфере социальной психологии, однако, в данном случае, говоря о соотношении физического и символического, мы скорее чувствуем влияние школы постструктурализма, а именно таких авторов, как М. Фуко и Ж. Бодрийяр. Брод не уделяет внимание личности как таковой для исследования ее эмоционального пространства. Автор изучает те факторы личности, которые, выражаясь в дискурсе постмодернистов, формируют определенную действительность, на которую в том числе влияют эмоции.

Еще одним примером изучения эмоций в политическом поведении является работа Джорджа Маркуса, Рассела Ноймана, Майкла Маккуина «Affective Intelligence and Political Judgment» (Marcus et al., 2000). В работе отрицается постулат о всеобъемлющей рациональности индивида (гражданина). Авторы указывают на необходимость включения эмоционального компонента в исследованиях, в том числе в электоральных исследованиях. Такие заключения не являются инновациями для электоральных исследований. Еще в 1960 году была впервые опубликована работа Ангуса Кэмпбелла, Филиппа Конверса, Уоррена Миллера и Дональда Стоукса под названием «Американский избиратель» (Campbell, 1980). Суть работы сводилась к формулированию так называемой «теории партийной идентификации» (социально-психологический подход экспрессивного голосования), согласно которой избиратель идет на выборы по причине психологической необходимости выражения такого рода поддержки партии. Однако Маркус и соавторы, и тем более Кэмпбелл и его коллеги, даже учитывая психологические факторы, в больше степени занимаются вопросами электоральных процессов.

Среди западных специалистов в области гуманитарных наук, связывающих политические процессы с психологическими или эмоциональными состояниями, можно также выделить Московичи с его работой «Век толп» (Московичи, 1998). Работа посвящена глубокому и систематическому анализу феномена «толпы» с использованием в качестве основы теорий Фрейда, Лебона и Тарда. Работа является очень важной вехой в исследовании психологии масс, однако, она, как и все упомянутые выше работы, не позволяет нам узнать что-либо об устойчивых эмоциональных состояниях в высших эшелонах власти. К таким работам может также быть отнесена работа Теда Гарра «Почему люди бунтуют» (Гарра, 2005), посвященная изучению агрессивных стимулов в обществе и отдельных социальных группах.

Среди представителей отечественной школы политической психологии могут быть упомянуты такие имена, как Дмитрий Ольшанский («Психология масс») и Марат Еникеев («Энциклопедия. Общая и социальная психология»). И один, и другой авторы изучают зависимость общества от психологических и, в частности, устойчивых эмоциональных состояний. Ольшанский и Еникеев продолжают традицию изучения политического поведения социальных групп с минимальной привязкой к индивидами. Хотя Ольшанский и пытается, опираясь на постулаты Лебона и Фрейда, ответить на такие вопросы, как «почему масса вбирает в себя индивида», «если индивид первичен, а масса вторична, тогда почему индивид ведет себя так, а не иначе, позволяя массе вобрать себя и разрушить»[[1]](#footnote-2).

Так или иначе, все упомянутые выше исследования все еще находятся слишком далеко от исследований эмоциональной атмосферы, которые бы приводили к знанию о постоянном, устойчивом эмоциональном состоянии лидеров государств или членов правящей верхушки. Исследования, о которых было сказано, предоставляют нам уникальное знание об эмоциональном поведении социальных групп (экспрессивном или устойчивом). Но они также создают блестящий научный фон для дальнейших разработок в сфере исследований эмоций в политике. Изучая общество изнутри, следя за стимулами и реакциями различных социальных групп, мы сможем понимать общество, но мы не сможем понимать процессы со всех сторон, если не будем обращать внимание на устойчивые и порой доставляющие катастрофические неудобства эмоциональные состояния глав государств и лидеров правящей верхушки.

Марк Урнов в своей монографии «Эмоции в политическом поведении» указывает на две причины, по которым необходимо изучение устойчивых эмоциональных состояний (Урнов, 2008): а)эмоции как устойчивые компоненты существования индивида влияют на его характер поведения и мировосприятие[[2]](#footnote-3); б)перманентные эмоциональные состояния, становящиеся настроениями, имеют «фоновый» характер, а значит они незаметно влияют на политическое поведение и могут приводить к различным, не поддающимся прогнозу результатам[[3]](#footnote-4).

Таким образом, актуальность данного исследования представляется достаточно очевидной: нам необходимо уделить внимание влиянию еще одного, эмоционального, фактора на процесс принятия политических решений. Без изучения перманентных эмоциональных состояний, влияющих на процесс принятия конкретных решений, дальнейшее изучение эмоциональной динамики социальных групп представляется бессмысленной. Нам необходимо понять, какова эмоциональная атмосфера на верхних уровнях управления государством, в противном случае мы не сможем достигнуть конструирования полноценной картины той или иной ситуации, состоящей из многочисленных граней.

Тем не менее автор осознает всю глубину существующей проблемы, поэтому не претендует на нахождение безусловного истинного знания, дающего ответ на вопрос о том, как именно или в какой мере заболевание может влиять на принятие того или иного конкретного политического решения. В данной работе в задачи автора входит попытка переопределить повестку дня для профессионального сообщества лиц, занимающегося исследованиями процессов принятия решений, указать на существование неисследованной грани политического знания, находящейся на стыке трех дисциплин: психологии, психосоматики и политической науки, как таковой.

Как уже было сказано выше, в любом исследовании мы имеем определенное знание. Проблема исследования может быть определена путем перехода от этого знания к тем переменным, которые нам неизвестны. В данном исследовании отсутствующее знание можно определить следующим вопросом: почему лица, принимающие решения поступают так, а не иначе? Здесь, как мы выяснили выше, может включиться неинституциональный личностный фактор. Таким образом, более конкретно проблему настоящего исследования можно определить через отсутствие знания о том, существуют ли неинституциональные факторы (эмоциональный фон), влияющие на процесс принятия решений.

Если говорить об объекте и предмете исследования, то объектом данного исследования будет являться тот самый эмоциональный фон, сформированный в пространстве какого-либо главы государства, а предметом – характер эмоционального фона.

Главная цель исследования – определить, каков характер эмоциональной составляющей существования личности, участвующей на высшем уровне процесса принятия решений. Цель сформулирована именно таким образом лишь для того, чтобы путем выяснения характера эмоционального фона определить, насколько целесообразным будет изучать степень его влияния на процесс принятия решений в дальнейшем. Второстепенной целью является обратить внимание научного сообщества на проблему, которая имеет место быть, путем компетентного анализа через призму психосоматики мотивов поведенческих реакций лидеров двадцатого столетия. Для достижения главной цели нам необходимо пройти несколько этапов, которые, в свою очередь, согласованы с задачами исследования и со структурой самого текста.

В первую очередь, в задачи настоящего исследования входит сбор наиболее подробных биографических сведений из жизней политических лидеров двадцатого столетия. При этом данные будут носить скорее медицинский характер. Автор намерен изучить всю возможную литературу, которая абсорбировала в себе сведения из открытых и закрытых медицинских карт. Как правило, авторы таких источников стараются не упускать из виду и общие, контекстные, биографические сведения, что поможет нам сразу находить связь между здоровьем изучаемой личности и конкретным процессом принятия решений.

Так как данная работа посвящена изучению, так называемого, эмоционального фона, следующей задачей автора станет попытка психосоматической реконструкции на основании полученной информации о заболеваниях лидеров двух государств. Почему избрана методика психосоматической медицины? Дело в том, что психосоматика – это наука, находящаяся на стыке традиционной, лабораторной, медицины и психологии (психоанализа). Сама наука изучает влияние именно психических отклонений на развитие и течение соматических заболеваний, однако, за годы изучения этого предмета многие психиатры и неврологи сумели сформулировать устоявшиеся паттерны зависимостей между соматикой и психикой, что позволит нам провести реконструкцию. То есть, учитывая медицинские карты лидеров (в которые в том числе входят показания чисто психологического толка), мы сможем проследить через набор паттернов, какие эмоции лежат в основе того или иного заболевания.

После создания общих конструктов мы сможем проследить за тем, какая эмоция будет превалировать над другими у большинства лидеров, из чего мы сможем сделать определенный вывод о характере эмоциональной атмосферы в высших эшелонах власти. Это поможет нам сконструировать общую картину эмоционального фона во властных элитах двух стран.

Что касается методологии, то здесь я использую рамки необихевиоризма, который использует совокупность различных методик, позволяющих выполнять поставленные задачи. Именно необихевиоризм позволит мне, используя психосоматические паттерны зависимостей, реконструировать доминирующие эмоции лидеров. В зависимости от характера эмоции мы сможем делать какие-либо выводы о том, какое влияние она имеет на процесс принятия решений.

Что касается новизны исследований, то можно с уверенностью заявить, что поиском ответа на вопрос, влияют ли неформальные факторы на результаты какого-либо политического действия, занимались очень многие до этого исследования. Другой вопрос, что никто еще не пытался реконструировать характеристики политических лидеров для ответа на этот вопрос. Автор находит это необходимым, так как видит в этом еще одну грань большого процесса принятия политического решения. Без исследования этой грани мы не сможем рассуждать о каком-либо знании природы того или иного факта. Мы можем говорить о новизне также потому, что сама психосоматическая медицина имеет еще достаточно много вопросов в собственных рамках, поэтому исследователям в этой области имеет больше смысла работать на полноценное становление этой науки. В рамках данного исследования мы будем использовать лишь признанные и устоявшиеся методики психосоматической дисциплины, чтобы реконструировать образы и проследить зависимость между показаниями медицинских карт и процессом принятия решений.

Когда мы говорим о конкурентной политике в области рекрутмента в высших эшелонах, мы склонны ограничиваться лишь категориями «справедливости», «демократичности» и прочими относительными категориями. Тем временем, если посмотреть на истории США и Великобритании, мы можем увидеть, что эти страны, как и многие другие, находились во многих войнах, в перманентном состоянии враждебности. Это – показатели эпохи неорелизма во внешней политике (кто кого одолеет, игра с нулевой суммой). Автор не берется обсуждать преимущества и недостатки этого инструмента. Нам необходимо полностью абстрагироваться от обсуждения целесообразности внедрения категории «конкурентности» в нашей жизни. Вместо этого необходимо отметить, что, с точки зрения психологии, конкуренция (в том числе, как неотъемлемый элемент теории эволюции) – это инструмент агрессивного характера. Отсюда вырастает «дефект» конкурентной политики в области рекрутмента во властных элитах. Суть этого «дефекта» в том, что наверх «выбираются» люди с наиболее агрессивным типом личности (как и в теории Дарвина о том, какие виды смогут выжить). Отсюда можно вывести исследовательскую гипотезу. Дело в том, что согласно Ф. Александеру, одному из классиков психосоматической теории, нарушения парасимпатической нервной системы и далее, в зависимости от того, каким именно заболеванием обладает человек, можно говорить о природе заболевания, которая лежит в агрессии. В свою очередь теория психоанализа говорит нам о том, что чаще всего агрессия – проявление инфантилистских зависимостей, в которых Фрейд видел попытку регрессировать до уровня ухода от необходимого действия. Если мы окажемся правы и природа характеров лидеров в большинстве своем находится в области агрессивной эмоции, тогда, в зависимости от заболевания, мы сможем более уверенно утверждать, что какой-либо процесс принятия решений был приведен в действие в состоянии психического расстройства личности. Это, в свою очередь, не может не повлиять на способность реалистичной оценки ситуации, а значит неинституциональные факторы действитeльно имеют грандиозное влияние на процесс принятия решений.

В данной работе в качестве отправной точки автор использовал монографию лорда Дэвида Оуэна, который успешно сочетал карьеру врача и политика (был в должности министра иностранных дел Великоберитании с 1977 по 1979 годы). В его книге можно обнаружить грандиозную сводку основных медицинских фактов, связанных с лидерами Великобритании и США. Он старается как можно подробнее разбирать основные недуги политиков, проводя параллели с ключевыми событиями их политических практик. При этом сам Оуэн исключает в своей работе вероятность оперирования такими терминами, как «сумасшествие», «безумие», «психопатия» и прочие. Он тщательно разграничивает эти понятия, которые можно часто заметить в прессе или в беседах, и медицинскую терминологию. Оуэн глубоко убежден в том, что примеры терминов, указанных выше, совершенно неуместно применять одновременно к таким несхожим между собой диктаторам, как Мао Цзэдун, Иди Амин, Адольф Гитлер, Саддам Хуссейн, равно, как и к несхожим между собой демократическим политикам (Линдон Джонсон, Маргарет Тэтчер, Ричард Никсон и другие).

В настоящем исследовании можно будет также часто видеть ссылки на работу психиатра Джонатана Дэвидсона, который вместе с группой других психиатров подробно разобрал все возможные биографические ресурсы, касающиеся 37 Президентов США (в данной работе нам будут интересны лишь те, чья карьера попала в выбранный временной период).

Среди прочего я использовал многочисленные источники исключительно биографического характера отдельных политических лидеров.

Что касается профессиональный психосоматической литературы, то здесь основополагающим источником для исследования стала классическая работа Франца Александера «Психосоматическая медицина», в которой подробно разбираются основы теории, и приводятся многочисленные примеры из медицинской практики автора этой работы.

Также использовалась работа Антонио Менегетти «Психосоматика», в которой известный клинический психолог старается показать, насколько применима сама теория, о которой большую часть времени рассуждал Ф. Александер, в жизни и реальных практиках. Также было уделено внимание не менее важной работе американского исследователя в области психосоматики Хэлен Фландерс Данбар. В ее работе «Психосоматические диагнозы» она разработала «теорию специфических типов личности» или иначе «теорию личностных профилей». Во многом благодаря этой работе у нас есть возможность воспользоваться готовыми паттернами, проверенными многочисленными практиками и опытами, зависимостями и, переложив их на разработанную классификацию заболеваний Александера, провести полноценную реконструкцию психотипов политических лидеров 20 столетия.

# **Истории болезней лидеров XX столетия**

В настоящей главе автор предлагает обратиться к различным источникам литературы, содержащим сведения из медицинских карт и записок личных врачей президентов и премьер-министров США и Великобритании соответственно. Для систематизации значительного блока информации предлагается рассматривать каждого лидера по отдельности, начиная с США, затем перейти к сбору информации о высших эшелонах власти Великобритании. Для начала нам необходимо собрать всю информацию о состояниях здоровья и лишь затем выделить ключевые, наиболее часто встречающиеся заболевания для дальнейшего их анализа.

## Лидеры США

Итак, первым лидером, чье состояние здоровья будет рассмотрено, является Теодор Рузвельт. Говоря о Рузвельте, нам стоит в первую очередь упомянуть имя одного из главных биографов лидера Эдмунда Морриса, который в попытках дать описание его взбалмошному характеру обращается к рассказу Леона Базальжетта, приводя следующую цитату: «Эти потоки внешней агрессии, отчасти свирепой, отчасти смешной, свидетельствовали более об энергичности, нежели о способности серьезно мыслить. Они были частью той неумеренности, что составляла принадлежность характеру Рузвельта»[[4]](#footnote-5). Известно, что Рузвельт страдал частыми депрессивными приступами. Уже одно это позволяет нам полагать, что на президентском посту США находился человек, который страдал биполярным расстройством. Так или иначе, в 2006 году группа психиатров официально заявили о том, что Рузвельт страдал биполярным расстройством I типа (Davidson et al., 2006).

Что же касается соматических условий существования Рузвельта, то здесь стоит отметить, что в детстве Рузвельт переносил астматические приступы, а также приступы гастроэнтерита. Из-за астмы, которая ослабила сердечную мышцу, Рузвельту категорически запретили заниматься серьезными физическими нагрузками. В 1883 году Рузвельт вновь перенес сильнейший приступ астмы и диареи. В 1884 году от брюшного тифа умерла его мать, а через несколько часов от почечной недостаточности умерла его жена. Через несколько недель Рузвельт перенес сразу несколько приступов астмы. Перед самыми родами второй жены Рузвельта у последнего снова возникает приступ астмы, сопровождающийся диареей. Мы можем полагать, что, судя по тому, сколь закономерно появление приступов, тревога являлась постоянным соседом Рузвельта, что и провоцировало сами приступы. Как известно, тревожные состояния являются производными от страха перед неизвестностью, однако, к определению эмоции, лежащей в качестве основы характера Рузвельта в тот или иной период, мы перейдем позже. Проблема симптомов тревожных расстройств отошла на второй план ближе к 42 годам, однако, вернулась юношеская проблема со сдерживанием агрессивных припадков или, как иначе это называется, с управлением гневом. Эдмунд Моррис писал: «В молодости вспышки агрессии могли внезапно охватить его, но в зрелом возрасте он обладал достаточной силой, чтобы сдерживать себя, подобно тому, как расплавленная вулканическая лава сдерживается покровом лавы затвердевшей…»[[5]](#footnote-6). Дэвид Оуэн считает, что наиболее значительных результатов лидер достигал именно в моменты успешного управления гневом[[6]](#footnote-7). Проблема агрессивных вспышек заключается еще и в том, что они опасно граничат с так называемыми маниакальными эпизодами. И даже если у нас нет оснований считать, что это были именно они, невозможно отрицать саму склонность к маниакальным состояниям. Это выражалось в характере сна президента: «неровный, непродолжительный, после восемнадцатичасового рабочего дня становился здоровым и восстанавливал силы». Именно такой характер сна присущ людям с маниакальными эпизодами.

Это все, что мы имеем по медицинской карте Рузвельта, по крайней мере, важного для последующего использования психосоматического подхода.

Следующим президентом США после Теодора Рузвельта стал Вудро Вильсон, который пришел на президентский пост, страдая от артериальной гипертензии, дававшей осложнения на сосуды головного мозга, что, в свою очередь, приводило к целому ряду неврологических заболеваний. Из-за артериальной гипертензии Вильсон был предрасположен к тромбозу, который часто приводит к изменению в стенках сосудов. В данном случае это были стенки артерии в сетчатке глаза. Из исследований конца 1980-х годов нам известно, что уже в 1919 году Вудро Вильсон был склонен к неестественным вещам, выдающим в нем прогрессирующую деменцию или иначе регрессирующие умственные способности (слабоумие) (Princeton University Press, 1988). Это приводило к тому, что он уже не мог рационально (сообразно собственному привычному поведению) оценивать ситуацию: в необходимой мере влиять на расстановку политических групп, быть объективным, приходить к компромиссу и даже видеть его. Считается, что деменция Вильсона являлась следствием некоторого количества микроинсультов. Эдвин Вайнштейн упомянул в своем исследовании мемуары современника Вильсона, в которых указано следующее: «Вильсон…становится все более эгоцентричным, подозрительным, скрытным и бестактным в отношениях с людьми»[[7]](#footnote-8). Безусловно, эти качества не могли бы стать базовыми для человека, занимающего президентский пост. Джордж Вальден указывал в своем крупномасштабном исследовании психических расстройств в высших эшелонах власти США слова премьер-министра Франции Жоржа Клемансо, который обвинил Вильсона в патологической религиозности и наличии психологических отклонений на этой основе.

Так или иначе, к концу 1919 года Вильсон перенес тромбоз крупной артерии правого полушария головного мозга, что привело к тотальному нарушению сознания и параличу всей левой половины тела. Несмотря на абсолютно непригодное к государственной службе состояние здоровье Вильсона, Кэри Грейсон, личный врач Вильсона с 1913 года, заявил на заседании кабинета министров, что президент находится лишь в состоянии нервного срыва, которое сопровождается нарушением пищеварения. Таким образом, личный врач президента дал понять, что не считает последнего недееспособным, хотя Вильсон не мог ни читать, ни проговаривать речь.

Уоррен Гамалиель Гардинг занял президентское кресло сразу после Вудро Вильсона и имел вид абсолютно здорового мужчины. Однако на самом деле Гардинг несколько лет страдал заболеванием сердца, которое приводило к серьезной одышке. Немаловажным фактом является наличие тотальных депрессивных состояний Гардинга. Расстройство было столько велико, что привело к нескольким сердечным приступам. В конечном счете Гардинг умер в 1923 году от инсульта, причиной которого стала сердечно-сосудистая патология. Уоррен Гардинг не является хоть сколько-нибудь выдающейся личностью относительно президентского кресла, тем более удивительно, что человек с такими серьезными заболеваниями в конечном счете добился победы в ходе предвыборной гонки, хотя фактически не выходил за порог крыльца своего дома.

Что касается следующего президента США, то медицинская карта Калвина Кулиджа является куда более интересной в рамках настоящего исследования, чем история его предшественника. Кулидж, как никто другой на его месте среди президентов США, не был способен абстрагироваться от влияния на его состояние не только стресса, связанного с политической и административной работой, но и в большей степени от стресса, связанного с его личной жизнью. Сын Кулиджа умер от сепсиса, что без сомнения повлияло на психологическое состояние жены президента. Однако на этом проблемные внешние факторы для Кулиджа не закончились, потому что уже в 1927 году президент отказался баллотироваться на второй срок ввиду ухудшающегося здоровья жены (Ferrell, 1998). В 1928 году у его жены нашли раковую опухоль в почке. Все это развило в Кулидже глубокое депрессивное расстройство, что подтвердилось в исследованиях 2006 года Йонатана Дэвидсона (Davidson et al., 2006). Кулидж также страдал невротическими страхами, которые тоже могли стать причиной сильного депрессивного расстройства. Среди прочего в детстве он был весьма склонен к аллергии, что привело к затрудненной проходимости носовых ходов и к развитию астмы. Эти заболевания мучали его до конца жизни. В конце концов, еще в студенческое время, Кулидж приобрел признаки агрессивного поведения. Его приступы гнева также продолжались до конца его жизни, однако, это не помешало ему не только обзавестись семьей будучи «занудным адвокатом»[[8]](#footnote-9), но и затем стать президентом США. Дональд Маккой, личный биограф Калвина Кулиджа, писал о том, что депрессия и невротические страхи президента могли бы еще долго оставаться его тайной, если бы не так называемая «потомакская лихорадка», которая приводила его к отрицанию факта о том, что кто-либо еще может занять президентский пост после Кулиджа. Именно поэтому меланхолические состояния усилились после ухода в отставку и в 1933 Калвин Кулидж скончался от инфаркта миокарда.

К сожалению, медицинские данные некоторых лидеров стран так и остались закрытыми или, как в случае с Гербертом Гувером, утеряны (возможно ввиду их уничтожения). До наших дней дошла лишь информация о том, что Гувер страдал хронической депрессией[[9]](#footnote-10). Конечно, данные, касающиеся депрессивных расстройств, также имеют немаловажную роль для нашего исследования, о чем будет сказано в следующей главе, и еще более важную для более глубоких исследований влияния неинституциональных факторов на процесс принятия решений.

Следом за Гувером пост президента США занял Франклин Делано Рузвельт. Как известно, Франклин Рузвельт провел четыре года на посту губернатора Нью-Йорка и двенадцать на президентском посту будучи инвалидом, большую часть времени прикованным к инвалидному креслу из-за перенесенного полиомиелита.

За несколько месяцев до подписания Атлантической хартии с Уинстоном Черчиллем на борту «Принца Уэльского» Рузвельту поставили диагноз «артериальная гипертензия», которая была осложнена железодефицитной анемией, подразумевавшей переливание крови. Тем не менее, в 1941 году после налета авиационных сил Японии на базу Перл-Харбор Рузвельт был вынужден вступить в войну. Но уже в период с 1942 по 1944 состояние здоровья президента ухудшалось настолько, что в 1944 он был вынужден ненадолго оставить политические вопросы на своих советников и пройти полноценное медицинское обследование, которого он избегал с самого вступления на пост президента США. В ходе обследования был поставлен диагноз «гипертензия, левожелудочковая недостаточность, острый бронхит» (McIntire, 1946. P.139). После нескольких врачебных консилиумов было решено давать Рузвельту лекарства (дигиталин), которые могли помочь ему с перемежающимся пульсом.

В феврале 1945 года состоялась Ялтинская конференция. Состояние здоровья Рузвельта было далеко от идеала даже с лекарствами, поэтому его советники предлагали ему отказаться от личного участия в конференции. Тем не менее, Рузвельт был непреклонен. Однако до сих пор не ясно, была ли идеи отправления Рузвельта на конференцию положительной с политической точки зрения. Незадолго до конца конференции, восьмого февраля, у Рузвельта начались проблемы с частым чередованием сильных и слабых ударов сердца, что указывало на серьезное заболевание сердца. Из дневника личного врача Уинстона Черчилля, Чарльза Уисона, известно следующее: «Врачебному взгляду президент представляется серьезно больным человеком. У него все симптомы выраженного склероза мозговых артерий, и, о моим оценкам, жить ему осталось лишь несколько месяцев»[[10]](#footnote-11). В 2005 году было проведено нейрофизиологическое исследование (ретроспективное: такие исследования важны для выявления деградации образа мышления человека и проводятся посредством анализом речей и записей) речи Рузвельта в Конгрессе в 1945 году (A. Salerian, G. Salerian, 2005). В ходе исследования выяснилось, что президент не мог следовать подготовленному тексту, часто оговаривался (произнес «Мальта» вместо «Ялта») , был непоследователен и скуден относительно словарного запаса.

Франклин Рузвельт умер от обширного инсульта, который будет проанализирован с точки зрения психосоматики в следующей главе.

Дуайт Эйзенхауэр является неоднозначной фигурой для истории Соединенных Штатов Америки: с одной стороны, это – эпоха роста благосостояния, с другой – сопутствующий росту консерватизм. Так или иначе, нас интересует его весьма богатая на диагнозы медицинская карта. Еще во времена Второй мировой войны, а именно в 1943 году, Эйзенхауэру поставили диагноз «артериальная гипертензия». Помимо этого президент всю жизнь испытывал катастрофические неудобство из-за желудочно-кишечного заболевания, которое во время клинических эпизодов сопровождалось спазмами и приступами диареи. Все сведения об этих «эпизодах» имеются в личном дневнике Эйзенхауэра, частично изложенном в монографии Дэвида Оуэна. Это желудочно-кишечное заболевание впоследствии был определен как болезнь Крона.

За свою жизнь Эйзенхауэр перенес несколько сердечный приступов, первый из которых случился еще до вступления в должность президента, в 1949 году, и имел среднюю тяжесть (Lasby, 1997). Второй приступ случился в 1955 году: его личный врач, Говард Снайдер, диагностировал сердечный приступ с тромбозом коронарной артерии. Однако общественности в тот момент стала доступна лишь версия о «простом несварении»[[11]](#footnote-12).

В 1956 году, только оправившись от тяжелого сердечного приступа, Эйзенхауэра затронул новый приступ илеита (болезни Крона) со всеми сопровождающими этот приступ обстоятельствами. После окончательного выздоровления Эйзенхауэр баллотировался на второй срок. Однако уже в 1957 году, после начала второго президентского срока, Эйзенхауэр перенес транзиторную ишемическую атаку, которая началась с головокружения и частичного онемения в правой руке. Так как с этого момента и до конца жизни Эйзенхауэр страдал от небольшого дефекта речи, можно сделать вывод, что скорее всего президента поразил инсульт.

В 1965 году Эйзенхауэр перенес свой третий инфаркт миокарда. Стоит отметить, что каждый из приступов Эйзенхауэра вполне резонно сопровождался депрессивными расстройствами разной степени тяжести.

Дуайт Эйзенхауэр скончался от четвертого и последнего инфаркта в 1969 году.

Преемником Эйзенхауэра стал Джон Фицджеральд Кеннеди, состояние здоровья которого является не менее достойным рассмотрения для настоящего исследования. Так, известно, что жизнь Кеннеди с самого начала сопровождалась значительным количеством болезней (Dallek, 2002). В 1934 году у него диагностировали колит. В 1937 у врачей, занимающихся лечением колита, появилось предположение о наличие гипофункции надпочечников. В 1938 году после аварии, случившейся в период обучения в Гарварде, у Кеннеди развился остеопороз.

Уже в 1943 году Кеннеди был поставлен диагноз «язва двенадцатиперстной кишки». В 1944 году в ходе операции на спине хирурги обнаружили дегенерацию волокнистой хрящевой ткани. Наконец переломным моментом в жизни Кеннеди стал 1947 год, когда впервые прозвучал диагноз «болезнь Аддисона». Наиболее важным фактором влияния состояния здоровья Кеннеди на его политическую жизнь является не столько само заболевание (или заболевания), а скорее лечение, которое было прописано. Дело в том, что, имея различные заболевания, относящиеся к разным сферам изучения человека, Кеннеди нанял несколько врачей узкого профиля, каждый из которых прописывал свои (часто рискованные) препараты для лечения или профилактики заболевания, за которое отвечал. Для того, чтобы наиболее полно описать все препараты, которые принимал Кеннеди, приводится цитата из биографической книги, написанной Робертом Даллеком: «Дневник приема лекарств Джей Эф Кея («JFK» от John Fitzgerald Kennedy – прим. автора)…содержал записи об инъекциях и оральном приеме кортикостероидов, суть которых сводилась к компенсации надпочечниковой недостаточности, а также инъекциях прокаина, синтетического кокаина, для профилактики боли в спине, а также ломотил, болеутоляющие, фенобарбитал, метамуцил, тестостерон, трансентин для диареи, пенициллин и прочие антибиотики для лечения от инфекций мочевых путей и туинал для избавления от бессонницы»[[12]](#footnote-13). Как мы можем видеть, Кеннеди принимал значительное количество препаратов, которые часто мешали одно другому. Из-за скачков содержания тестостерона Кеннеди был вынужден избирать роль «мачо» по мнению Дэвида Оуэна[[13]](#footnote-14). После действия лекарств Кеннеди впадал в депрессию. Высадка в заливе Свиней обернулась для Кеннеди глубоким стрессом, из-за чего прием тестостерона и стероидов при болезни Аддисона в нужных дозах был нарушен. Во время самого вторжения Кеннеди переживал острую диарею. Все это привело его в такое напряжение, что следующие несколько встреч в рамках заседаний кабинета министров вполне могли прерываться граничащим со срывом состоянием Кеннеди (Foreign Relationships of the United States 1961-1963, Vol.10, 1997. P. 305). Кеннеди часто ударялся в слезы, мучился от бессонницы, часами проводил время в одиночестве. В таком состоянии (разумеется имеющем определенную динамику в зависимости от приема лекарственных препаратов) Кеннеди провел остаток своей жизни вплоть до его убийства в 1963 году.

Линдон Джонсон, к которому перешли полномочия убитого Джона Кеннеди, перенес инфаркт еще задолго до вступления в должность президента США в 1955 году. Роберт Каро в своей монографии утверждал, что Джонсон, еще будучи лидером сенатского большинства, работал в «сумасшедшем темпе»[[14]](#footnote-15). Получив свой первый сердечный приступ, президент до конца жизни боролся с непреодолимым страхом перед инфарктом. После приступа Джонсона поразило глубокое депрессивное расстройство, которое эпизодами проявлялось и после выздоровления.

Случай Джонсона интересен во многом тем, что после приступа острого холецистита в 1965 году он обратился к Дуайту Эйзенхауэру с целью получить совет по поводу обнародования сведений о собственном состоянии здоровья. И хотя Эйзенхауэр посоветовал признаться во всем общественности, Джонсон не смог перебороть собственное помешательство на секретности. Подобное помешательство прогрессировало на протяжении всей карьеры, перерастая в некое подобие паранойи.

Стоить также отметить тот факт, что история семьи Джонсона пестрит сведениями об алкоголизме и гиперсексуальности, что свидетельствует о наличии в его семье биполярного расстройства, передающегося на генетическом уровне по наследству. Учитывая периодические депрессивные эпизоды, можно полагать, что и сам Джонсон страдал от этого же расстройства.

Тогда же в 1965 году спичрайтер Джонсона Ричард Гудвин стал беспокоиться по поводу переменчивого поведения президента, что стало причиной его обращения к нескольким психиатрам. Вот, что написано в монографии самого Гудвина: «Во всех случаях диагноз был одинаков: мы описывали классический случай параноидной дезинтеграции, всплеск давно подавлявшейся иррациональности. Будущее оставалось неопределенным»[[15]](#footnote-16). К сожалению, сведений от конкретных практикующих психиатров найти невозможно как раз в силу чрезмерной подозрительности Джонсона: все бумаги, содержащие информацию о его психическом здоровье, уничтожали. Тем не менее, психиатры, проводившие исследование в 2006 году, которое уже упоминалось выше в связи с Теодором Рузвельтом, заключили, что, как и Рузвельт, Джонсон страдал биполярным расстройством I типа (Davidson, 2006).

Паранойя Джонсона развивалась, что стало основанием полагать, что были подорваны ясность суждений, рациональность поступков и решений[[16]](#footnote-17).

В 1967 году Джонсону в ходе операции удалили злокачественную опухоль, что так же скрывалось от общественности, как и прочие сведения о здоровье президента. Джонсон умер в 1973 году от инфаркта, первый случай которого и развил в нем страх, перешедший впоследствии в паранойю.

Ричард Никсон, занявший пост президента после Джонсона, за время пребывания в должности президента по выражению Дэвида Оуэна «подошел к психозу вплотную»[[17]](#footnote-18). Врач общего профиля, принявшийся разбираться с психологическим здоровьем Никсона, Арнольд Хатшнекер, в одной из своих статей пишет о том, что Никсон является лидером возбудимого типа (Summers, 2000). На практике это означало лишь то, что Никсон страдал от агрессивных вспышек. Современники часто говорили о Никсоне как заядлом алкоголике. Лоренс Иглбургер заявил, что на совещаниях Никсон «рвет и мечет, до одури напиваясь в самый разгар кризиса». Из исследования уже упомянутого Йонатана Дэвидсона известно, что Никсон был «в шаге» от нервного срыва, что усугублялось серьезными проблемами с алкоголем (Davidson et al., 2006. P. 364). Подобная «балансировка» привела к развитию у Никсона паранойи, что выражалось в его все более частых попытках уединиться для размышлений.

Рональд Рейган отличался от своего предшественника и Линдона Джонсона тем, что не имел никакого внутреннего конфликта по поводу обнародования сведений о своем здоровье. Ввиду того, что его мать последние годы жизни страдала старческим слабоумием, он пришел к выводу о необходимости собственного прохождения медицинского обследования на выявление психического состояния, а также наличия у него болезни Альцгеймера. Медицинское обследование не выявило никаких серьезных отклонений на тот момент, и, как отмечает Дэвид Оуэн, при встрече с ним было крайне тяжело проанализировать его умственные способности, однако, через несколько лет после вступления в должность стало ясно, что у Рейгана присутствуют серьезные проблемы с памятью[[18]](#footnote-19). Это стало причиной подозревать у него признаки прогрессирующей болезни Альцгеймера. В 1987 году было проведено нейрофизиологическое исследование речей Рейгана, в ходе которых выяснилось, что за четыре года со времен дебатов в 1980 году у президента появились признаки старческого слабоумия (Hugh L'Etang, 1995). В 1993 году у Рейгана все же диагностировали болезнь Альцгеймера (Lawrence K. Altman, 2004).

Наконец, последней фигурой, рассмотренной в контексте анализа лидеров США, станет Джордж Буш-старший, история болезни которого значительно беднее, чем у его предшественников. Так, единственной проблемой, связанной со здоровьем президента Буша, стал диагностированный тиреотоксикоз. Джордж Буш-старший также пострадал в 1991 году от мерцательной аритмии, что возможно привело к весьма пассивного характера предвыборной кампании на выборах в 1992 году, которые и привели к победе Билла Клинтона. Сам Билл Клинтон не страдал никакими серьезными заболеваниями.

Далее мы рассмотрим глав правительства Великобритании, которые занимали этот пост в период XX столетия.

## Лидеры Великобритании

Итак, в данной части главы мы рассмотрим состояния здоровья премьер-министров Великобритании. Первым из рассматриваемых случаев является Генри Кэмпбелл-Баннерман.

В 1907 году Кэмпбелл-Баннерман перенес инфаркт миокарда, который предположительно произошел по причине тяжелого стресса после смерти жены. Это был не последний сердечный приступ: они повторялись еще несколько раз вплоть до его смерти в 1908 году. Это все, что нам известно о Генри Кэмпбелл-Баннермане в основном потому, что о его жизни известно только то, что происходило с началом его политической карьеры.

У Герберта Генри Асквита, преемника Кэмпбелл-Баннермана, не диагностировались какие-либо серьезные заболевания, поэтому мы сразу переходим к Дэвиду Ллойду Джорджу, который и занял кресло премьер-министра вслед за Асквитом и про которого известно лишь то, что он был любителем выпить, что привело к развитию артериальной гипертензии. Тем не менее, существует также такое понятие, как «гибрис-синдром». Впервые в научно-популярной литературе его ввел лорд Дэвид Оуэн, не раз упоминавшийся в настоящей работе. Суть гибрис-синдрома сводится к выявлению определенной формы психологической деформации при наличии у человека реальной власти. В рамках гибрис-синдрома человек теряет истинную рациональность суждений ввиду абсолютной убежденности в собственной правоте во всех возможных случаях. Гибрис-синдром является своеобразным рефреном монографии Дэвида Оуэна под названием «История болезни. Недуги мировых лидеров последнего столетия». Так и в случае с Дэвидом Ллойдом Джорджем нам есть смысл обратить внимание на введенное впервые древними греками, а затем профессионально оформленное понятие «гибрис-синдром». Вот какая цитата лорда Бивербрука относительно этого феномена приводится Дэвидом Оуэном: «Те совершенные схемы и стратегические планы, которые он вынашивал во время войны, оказываясь проницательнее генералов и высокопоставленных политиков, пэров, прелатов и короля, и все это – ради спасения Британии, - теперь с дерзостью и умением были направлены на спасение его самого от членов Палаты общин»[[19]](#footnote-20). Впрочем это все, что мы можем знать о Дэвиде Ллойде Джордже относительно его медицинской карты.

История смены премьер-министров Великобритании часто приобретала достаточно радикальную относительно динамики окраску. Так, например, о следующем после Ллойда Джорджа премьер-министре, Бонаре Лоу, мы можем лишь сказать, что он вступал в должность, уже зная о раке гортани, который уже через год его нахождения на посту не позволила ему произносить речи без существенных трудностей. Поэтому в 1923, через год после вступления в должность он ушел в отставку, а еще через несколько месяцев умер.

Стэнли Болдуин, заменивший Бонара Лоу после отставки последнего (а также после отставки по болезни Джеймса Рамсея Макдональда), во время своего второго срока терял слух и был весьма подавлен этим фактом. Депрессивные эпизоды мешали его сну и держали в постоянном напряжении.

Перед вторым сроком Стэнли Болдуина пост премьер-министра занимал Джеймс Рамсей Макднальд. Макдональд имел существенные проблемы, связанные с глаукомой, а ближе к 1933 у него стали выявляться признаки прогрессирующей деменции. Уже в 1937 Макдональд умер от сердечной недостаточности.

После ухода в отставку Стэнли Болдуина (после второго срока) премьерский пост занял Невилл Чемберлен, который интересует нас скорее в рамках состояния психического здоровья. Дэвид Рейнолдс, описывающий ряд важнейших на его взгляд встреч двадцатого столетия, описывает среди прочих и Мюнхенскую встречу 1938 года. Среди его записей обнаруживается упоминание о письме Чемберлена сестре, в котором признается, что впервые был так близок к состоянию нервного срыва[[20]](#footnote-21). Уильям Манчестер, который занимался созданием биографии Уинстона Черчилля, описал в одной из своих монографий эпизод с Невиллом Чемберленом, при котором последний, предупрежденный об угрозе со стороны Муссолини на Балканах, ответил лишь: «Не будьте глупцом. Идите домой и ложитесь спать». Такой формат самообмана, опасно граничащий с тотальным синдромом отрицания говорит больше о страхах Чемберлена, нежели о его самоуверенности.

Уинстон Черчилль имел признаки биполярного расстройство, как полагает автор настоящего исследования. Причина заключается в том, что в его биографии присутствуют как депрессивные эпизоды, так и маниакальные. Примером последнего служит ситуация, которая сложилась сразу после нападения Японии на США (Перл-Харбор) в 1941 году. Черчилль направился в США на встречу с Рузвельтом. Дорога до США должна была вымотать Черчилля, ведь он потратил на нее свыше 10 дней. Так и произошло: по сведения, предоставленным Дэвидом Оуэном в упомянутой монографии Черчилль имел вид уставшего человека[[21]](#footnote-22), однако, ночью после прибытия в Вашингтон премьер-министр был перевозбужден и не мог уснуть: его мучала бессонница. Тогда личный врач дал ему две таблетки барбитурата для сна, что предположительно привело к сердечному приступа Черчилля (David Bercuson, Holger H. Herwig, 2006. P. 129). Тем не менее, есть основания полагать, что не таблетки привели к образованию сгустков крови: Черчилль был любителем масштабных трапез, спиртного и сигар. Вполне возможно, что такие способы «отвлечься» и привели к его сердечному приступу, а барбитураты являлись лишь «последней каплей».

В 1943 году Черчилль перенес пневмонию, которая подкрепила развивающийся на тот момент очередной депрессивный эпизод. Согласно Энтони Сторру Черчилль признавался своему личному врачу, что собирается совершить самоубийство[[22]](#footnote-23). Это говорит лишь о том, что депрессия доходила до своих крайних границ.

Занявший премьерское кресло после Черчилля Энтони Иден еще задолго до вступления в должность страдал от беспричинных приступов гнева. Уже в 1955 году, примерно через полгода после избрания Энтони Идена, появилась запись в дневнике его жены Клариссы Иден о том, что ее муж постоянно чувствует усталость и подавленность[[23]](#footnote-24). Подтверждением наличия подобного состояния является еще одна запись из ее дневника, где указано, что Иден отправил письмо жене из Оттавы, в котором указывает на то, что порой весь день проводит в кровати. Подобное состояние никак не может говорить о бытовой усталости человека. Подобные состояния и стресс, связанный с внешнеполитической обстановкой в Иордании и Египте, привели Энтони Идена в состояние тотальной депрессии, сопровождающейся апатией по отношению ко всему, что происходит[[24]](#footnote-25). Тем не менее внезапные вспышки гнева не прекращались и в этот период.

Существует мнение, согласно которому в период Суэцкого кризиса Иден принимал ряд совершенно необдуманных решений, которые вероятно всего были таковыми ввиду целого набора стимуляторов, которые принимал премьер-министр. Лорд Дидс, бывший министром в правительстве Идена, а впоследствии ставший журналистом, писал о том, что Идену выписывали барбитураты в качестве депрессантов для сна и амфетамины в качестве стимуляторов для того, чтобы взбодриться. Согласно мнению лорда Оуэна, до политической карьеры практикующего врача, те препараты, которые принимал Иден в своей сумме составляли вещество под названием дексамил, которое приводило к таким побочным эффектам, как бессонница, тревога, раздражительность. К сожалению, психологическое состояние Идена не приходило в норму, и стимуляторы стали для премьер-министра зависимостью: без них он уже не мог нормально работать. Так, в 1957 году он сообщил кабинету министров о том, что собирается уйти в отставку.

Следующие несколько премьер-министров после Энтони Идена обладали определенным набором заболеваний, однако, сведения об этом не так детально описаны, как в случае многих других лидеров.

Так или иначе, следом после Идена пост премьер-министра занял Гарольд Макмиллан. Единственным доступным широкой общественности серьезным заболеванием Макмиллана являлась доброкачественная гиперплазия простаты. Быть может премьер-министр страдал еще от чего-либо, однако, есть основания полагать, что на этом фактический медицинский материал об этом премьер-министре исчерпан, так как английские лидеры были менее склонны к сокрытию собственных заболеваний от публики, нежели лидеры США.

О заболеваниях сэра Александра Дуглас-Хьюма не может быть ничего известно ввиду того, что преемник Макмиллана обладал удивительным здоровьем. Сразу после его отставки кресло премьер-министра занял Гарольд Вильсон, впоследствии занявший этот пост снова после отставки Эдварда Хита. Первый его срок не был ознаменован какими-либо серьезными диагнозами, однако, в период правления Эдварда Хита у Вильсона случился легкий сердечный приступ. Вступив в должность второй раз, Вильсон вновь не приобрел никаких болезней. Однако после ухода в отставку у него обнаружили рак кишечника, а чуть позже ему поставили диагноз «болезнь Альцгеймера».

Эдвард Хит, занимавший пост премьер-министра в период между двумя сроками Гарольда Вильсона, страдал от гипотиреоза. Через некоторое время после постановки диагноза у Хита развилась мерцательная аритмия. Гипотиреоз не позволил ему более находится в премьерском кресле, поэтому на выборах в 1974 году его предвыборная кампания не была достаточно активной.

Джеймс Каллаган, как впрочем и его преемница Маргарет Тэтчер, не страдал какими-либо серьезными заболеваниями до и в период нахождения на посту премьер-министра Великобритании.

Итак, мы проанализировали информацию, содержащую сведения из медицинских карт и биографических сводок, о состояниях здоровья лидеров США и Великобритании. На основании полученных данных, мы можем сгруппировать все заболевания в несколько наиболее общих классов для удобства дальнейшей реконструкции и поиска доминирующей эмоции.

Таким образом, мы получаем следующие группы:

*Таблица 1.*

*Группы заболеваний лидеров XX столетия*

|  |  |
| --- | --- |
| Группа заболеваний | Лидеры |
| Заболевания ЖКТ | Теодор Рузвельт, Калвин Кулидж, Невилл Чемберлен, Дуайт Эйзенхауэр, Джон Кеннеди, Рональд Рейган |
| Неврологические заболевания | Вудро Вильсон, Джеймс Рамсей Макдональд, Уинстон Черчилль, Гарольд Вильсон, Рональд Рейган |
| Сердечно-сосудистые заболевания | Генри Кэмпбелл-Баннерман, Уоррен Гардинг, Калвин Кулидж, Уинстон Черчилль, Франклин Делано Рузвельт, Линдон Джонсон, Гарольд Вильсон, Эдвард Хит, Джордж Буш-старший |
| Артериальная Гипертензия | Теодор Рузвельт, Вудро Вильсон, Дэвид Ллойд Джордж, Калвин Кулидж, Франклин Делано Рузвельт, Энтони Иден, Дуайт Эйзенхауэр, Ричард Никсон |
| Психиатрия | Теодор Рузвельт, Вудро Вильсон, Дэвид Ллойд Джордж, Уоррен Гардинг, Калвин Кулидж, Невилл Чемберлен, Уинстон Черчилль, Энтони Иден, Линдон Джонсон, Ричард Никсон |
| Гибрис-синдром | Дэвид Ллойд Джордж, Маргарет Тэтчер |
| Астма | Теодор Рузвельт |
| Гипотиреоз | Эдвард Хит |

В следующей главе на основании приведенной выше таблицы мы можем проводить процесс реконструкции в рамках психосоматической теории (преимущественно классической психосоматической теории Франца Александера).

# **Психосоматическая реконструкция**

Как мы видим из Таблицы 1, наибольшее количество лидеров приходится на группу заболеваний, относящихся к сфере психиатрии. Далее идут сердечно-сосудистые заболевания. Артериальная гипертензия не является группой заболеваний, однако, сама по себе артериальная гипертензия (равно как и астма) может быть проанализирована с точки зрения психосоматики с тем же правом, что и целые группы заболеваний. С точки зрения физиологии причина этого в том, что артериальная гипертензия как таковая сама может являться причиной многих заболеваний из указанных групп. Являясь часто причиной различных недугов, артериальная гипертензия (или иначе гипертония) была выделена, как самостоятельное заболевание, достойное наравне со многими другими быть проанализированной в классической теории Франца Александера, а затем была выделена из группы сердечно-сосудистых заболеваний и поставлена в один ряд с ней в теориях Антонио Менегетти и Ирины Малкиной-Пых, часто совпадающих и берущих свое начало в классических работах Александера.

Итак, в данной главе мы приступим к анализу заболеваний, обращаясь при этом к классической концепции Франца Александера.

У наибольшего количества представителей высших эшелонов власти наблюдались расстройства психики (депрессия, биполярное расстройство, синдром отмены, паранойя). На языке психосоматики это значит следующее. Согласно теории И.Г.Малкиной-Пых (Александер не рассматривал психиатрические расстройства в своей практике) наиболее часто подоплекой таких расстройств психики, как депрессия и биполярное расстройсто, является потеря чувства безопасности, а также возрастающее чувство ответственности. Человеку необходимо совершить перестановку жизненных ценностей и ориентиров, хотя очень часто человек к этому вовсе не готов. Из практики известно, что, находясь в страхе перед ответственностью, человек часто колеблется между блокировкой своих действий на всех уровнях (бездеятельностью) и, наоборот, проявлением порой даже чрезмерной активности. Последнее обусловлено попыткой перенесения образа матери на собственную личность, то есть своими действиями человек пытается обеспечить безопасность других людей[[25]](#footnote-26).

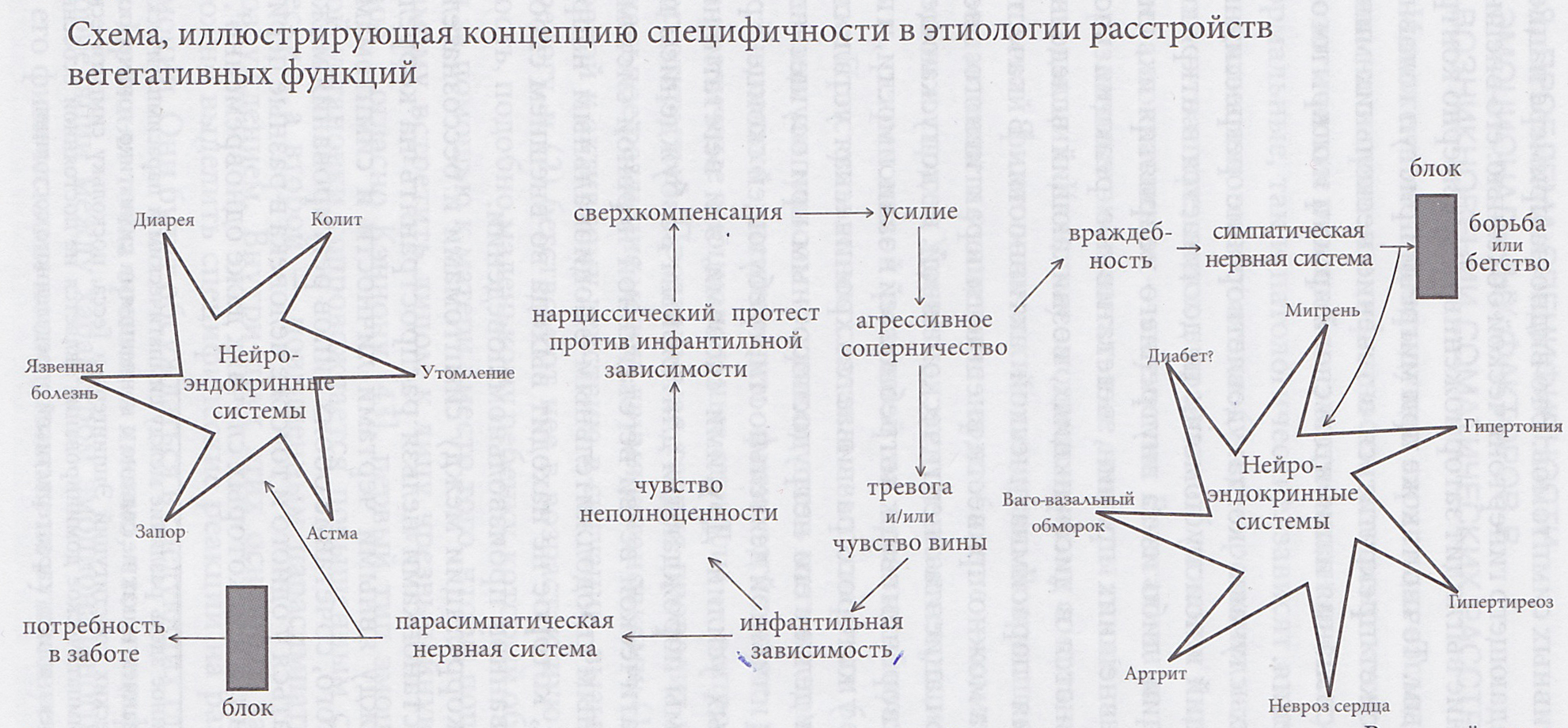
Если рассматривать отдельно депрессию, то психоаналитическое (в силу природы происхождения психосоматического подхода) объяснение лежит еще глубже: человек «защищается» специфическими формами реагирования, такими, как любовь к порядку. В данном случае любовь к порядку может быть интерпретирована как попытка устранения мешающих элементов пространства. Чаще всего среди пациентов, страдающих от психиатрических расстройств, можно отметить специфические черты личности, вроде способности к приспособленности. В данном случае мы говорим о зависимости человек от социальных ситуационных влияний и его способность к приспособлению к ним.

Таким образом, мы можем сказать, что с точки зрения психосоматического подхода, природа расстройств психики лежит в большей степени в страхе (страхе «после» или страхе «перед»).

Далее мы переходим к анализу сугубо физиологической проблематики, и поэтому к рассмотрению предлагается схема, созданная Францем Александером, которая иллюстрирует так называемую концепцию специфичности.

*Схема 1.*

Концепция специфичности в этиологии нарушения вегетативных функций организма[[26]](#footnote-27).



Вся теория Александера так или иначе заключена в данную схему. В своих фундаментальных трудах он не раз описывал динамические паттерны, но при ближайшем рассмотрении данные паттерны берут свое начало из этой схемы. Мы не раз будем возвращаться к ней для объяснения того или иного заболевания.

Следующей рассматриваемой группой после психических расстройств будет группа сердечно-сосудистых заболеваний, в контексте которой мы сразу рассмотрим и артериальную гипертензию, которой страдали многие лидеры XX столетия.

Согласно Александеру с точки зрения физиологии существует три основных возможных связи психологических факторов и вегетативных расстройст, а именно: а) влияние психических нагрузок на кровообращение в коронарных сосудах; б) влияние психических нагрузок на плотность эндотелия; в) влияние психических нагрузок на саму сердечную мышцу. Несмотря на то, что исследователи до сих пор не смогли определить, на что именно влияют психические нагрузки, характер их влияния на сердечно-сосудистую систему подтвержден значительным количеством исследований, а значит в рамках психосоматического подхода мы можем проанализировать, какие нагрузки оказывают влияние и какова доминирующая эмоция.

Интересен тот факт, что коронарные больные относятся легкомысленно к причинам, например, сердечного приступа. Такие пациенты стараются вытеснять или блокировать собственные ощущения и придавать им минимально возможное значение. При этом подобный нарциссический протест проходит или сбавляет обороты исключительно перед угрозой жизни. Существует два типа поведения: поведение типа А и поведение типа Б. Коронарные больные относятся к первому типу. Впервые наличие двух возможных типов поведения описали два исследователя Розенман и Фридман в исследовании 1959 года (Fridman, Rosenman, 1959). Александр в своей работе «Психосоматическая медицина» также определял два типа поведения, однако, еще не давал им названия. Как мы можем видеть на схеме 1, Александер выделял поведение «потребность в заботе», суть которого сводится к отсутствию какого-либо действия или реакции на возникшую ситуативную проблему, и поведение «борьба/бегство», которое определяется либо готовностью человека к бегству от проблемы, либо борьбы с ней, так или иначе человеческий организм готовится к какой-то рефлексии, а не приходит в ступор. Второй тип поведения по Александеру и есть поведение типа А по Розенману и Фридману. Итак, поведение типа А присуще больным, которым угрожает инфаркт. Тип А был подразделен еще на три группы: 1) люди, являющиеся заторможенными, которых тяжело заставить что-либо делать, однако, при агрессивной вспышке успокоить их практически невозможно; 2) люди, являющиеся замкнутыми, то есть эмоции присутствуют внутри них, но они их тщательно скрывают, сдерживают, боятся показать; 3) люди, в которых превалирует маниакальные характеристики (чрезмерная артикуляция, громкий голос и смех, частые срывы, забывчивость).

Еще задолго до написания Александером его фундаментальной работы психоаналитики заметили, что люди гневные и агрессивные чаще других страдают ишемической болезнью сердца, что и подтолкнуло исследователей в рамках психосоматики подробно остановиться на этом факте. Антонио Менегетти предположил, что гиперактивное стремление к успеху в социальной жизни обуславливается определенным родом нарушения личностного развития и таким образом выступает в качестве компенсации этого нарушения (Менегетти, 2009). Важным фактором также является момент расставания и профессиональных неуспехов, которые вкупе с нарциссическим протестом представляют наибольшую угрозу для здоровья человека. То есть иными словами человек, перенесший расставание (или потерю), которое вполне может выражаться в профессиональном неуспехе, переживает это расставание как обиду собственного Эго. Это нарушает самоуверенность человека и приводит к конструкции лабильного самовосприятия[[27]](#footnote-28). Лабильное самовосприятие, являясь синонимом чувства неполноценности, приводит к дополнительному мотиву для получения социального успеха, что объясняется стремлением к компенсации. Такие люди становятся трудоголиками, причем их модель трудоголического поведения доводится до абсурда, то есть по завершении рабочего дня человек, рационально осознающий это завершение, не перестает находится в состоянии перенапряжения, свойственного ему на работе. Подобные «рабочие» состояния становятся частыми причинами аритмии.

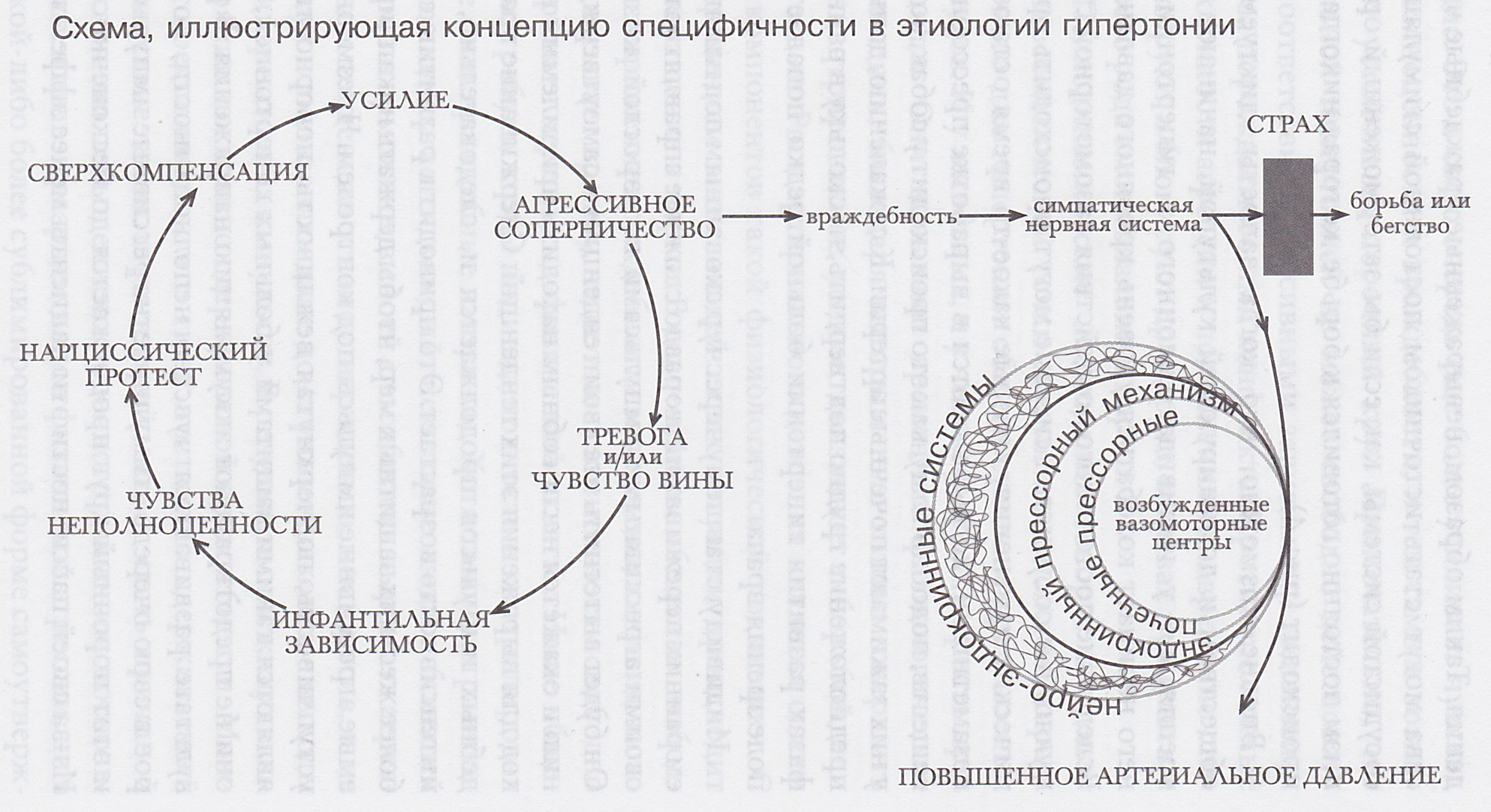
Разумеется не стоит забывать о том, что на развитие сердечно-сосудистых заболеваний оказывают также такие факторы, как алкоголь, курение, чрезмерные физические нагрузки. Однако все это также часто может объясняться через страх или сдерживаемую, блокированную агрессию.

Артериальная гипертензия является скорее фактором развития таких патологий, как ишемическая болезнь сердца, однако, это не мешает нам в отдельности проанализировать ее, чтобы понять природу большинства сердечно-сосудистых заболеваний. Малкина-Пых в качестве описательной характеристики приводит несколько цитат, свойственных типу личности, склонному к развитию гипертонии. Среди таких цитат: «я такой, что принимаю на себя все трудности», «я обязан быть готов ко всему», «никто меня не остановит»[[28]](#footnote-29). Это объясняется склонностью гипертоников к напряженному состоянию перманентного ожидания. Интересным фактом является то, что лорд Оуэн в своей монографии упомянул так называемый гибрис-синдром, который привязывал ко многим фамилиям и который не имеет объективного определения, однако, если взять трактовку самого Оуэна, то гибрис-синдром вполне вписывается в тип поведения личности с артериальной гипертензией, что объясняется ощущением о «вездесущности» личности в рамках рабочей активности. Скорее всего гибрис-синдром – вышедшее из-под контроля ощущение, которое определяется Малкиной-Пых через приведенные выше цитаты.

Далее приведена схема, описывающая механизмы специфичности развития артериальной гипертензии.

*Схема 2.*

Концепция специфичности в этиологии артериальной гипертензии[[29]](#footnote-30).



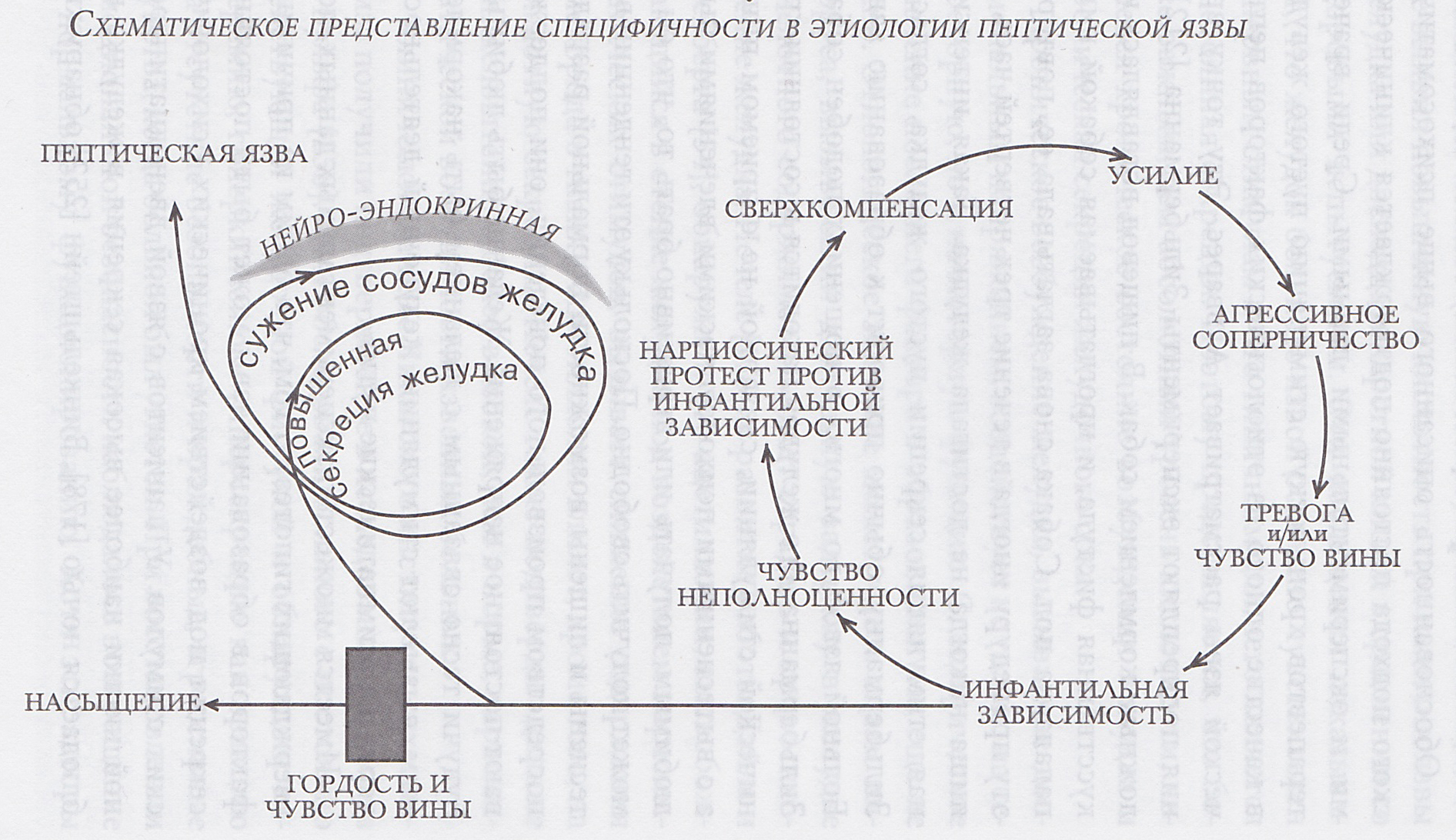
Такие стрессовые аспекты, как постоянная нехватка времени или состояние страха, являются провоцирующими и поддерживающими гипертоников в их патологии. С физиологической точки зрения это объясняется тем, что при чувстве гнева или агрессии наше артериальное давление повышается, а в силу блокировки попытки реализации гнева и агрессии такое чувство становится постоянным, из-за чего и развивается артериальная гипертензия. Александер в отличие от многих исследователей после него не стал разделять страх и агрессию, так как считал, что агрессия – неизбежное следствие страха. Страх реализовать агрессию, поэтому она подавляется. Внутренние конфликты гипертоников возникают часто по причине невротических расстройств («накручивание самого себя», невозможность остановиться в процессе размышления о проблеме, из-за чего со временем проблема начинает казаться значительнее, чем была с самого начала). Что хуже для такой профессии, как лидер государства, так это тот факт, что по мнению Александера агрессивное поведение не только контролируется страхом его реализации, но и связан с проблемами самоутверждения. То есть, если ребенок в детстве был агрессивным, что чаще всего блокируется в семье путем ссор или наказаний (потери благосклонности родителей на некоторое время), то привыкший к такому состоянию «блокировки» выросший ребенок будет тормозить свою враждебность, боясь потерять расположение людей, с которыми находится в окружении. Он становится уступчивым и старается не показывать свою силу. Этот дополнительный страх со второй стороны подкрепляет накапливающуюся враждебность, из-за чего проблема рано или поздно переходит в разряд вегетативного нарушения. Дойдя до верхушки «карьерной лестницы» такие люди редко добиваются признания авторитета среди ближайшего окружения, они стремятся выполнять работу за других, не позволяют окружению приближаться к этой работе, потому что боятся потерять их расположение в рамках отношений «начальник – подчиненный».

Следующей группой расстройств является группа желудочно-кишечных заболеваний.

В предыдущей главе мы встретили довольно большое количество разнообразных желудочно-кишечных заболеваний (гастроэнтерит, язва, нарушения пищеварения, приступы диареи и прочие). Классическая психосоматика в большей степени уделяет внимание причинам развития язвы, что подтверждает пристальное внимание Александера. Как и в случае с артериальной гипертензией он разработал похожую схему концепции специфичности в этиологии язвы.

*Схема 3.*

Концепция специфичности в этологии пептической язвы[[30]](#footnote-31).



В отличие от причин пристального внимания к артериальной гипертензии, столь внимательное изучение язвы обуславливается наличием высокой корреляции между нервными расстройствами и вегетативными. Однако прежде, чем перейти к более глубокому и детальному разбору этого конкретного заболевания, стоит обратить внимание на интерпретацию всей группы заболеваний желудочно-кишечного тракта.

Желудок представляется нам органом, которой занимается как поглощением, так и выделением продуктов. Но моменты поглощения и выделения можно наблюдать и во многих других жизненных ситуациях человека. Любые ситуации сопряжены с эмоциональной динамикой, таким образом процессы поглощения и выделения начинают актуализироваться с нашими реакциями, стимулами, коммуникационной деятельностью. Для маленького ребенка поглощение пищи является единственным важным способом коммуникации с внешним миром, потому что «через рот» он достигает чувства сытости, а значит безопасности. Так как на первых этапах нас кормит грудью мать, то момент кормления или иначе поглощения актуализируется также с ее заботой. То есть через поглощение мы получаем заботу, ощущение эмоционального тепла, безопасности[[31]](#footnote-32).

В момент агрессивной вспышки или переживания страха мышцы в организме человека сокращаются. Животные не потребляют пищу в момент опасности, потому что сочетание «стимул-реакция» находится у них в другой плоскости, с точки зрения выживания гораздо более рациональной, чем у человека: прежде, чем начать потреблять пищу ради поддержания жизнедеятельности, нужно избавиться от внешних факторов, способных эту жизнедеятельность остановить. Человек же способен (и ввиду описанных выше процессов и психологических актуализаций так и поступает) заниматься поглощением прямо во время ощущения опасности. Такая реакция будет служить замещением исчезнувшего на определенный промежуток времени чувства безопасности. Процесс выделения же сопряжен с агрессивной эмоцией в большей степени, чем с чистым опасением. Именно процесс выделения с детства является первым способом контроля окружающего мира, первым, что мы можем контролировать сами без помощи кого-либо. Таким образом, в детстве мы можем использовать этот процесс в случаях, когда хотим реализовать агрессию. Это наш первый исключительно физиологический способ борьбы с абстрактным или вполне конкретным авторитетом, что всегда подкрепляется агрессивным началом.

Однако на физиологическом уровне это означает лишь то, что человек, потребляя пищу во время стрессовой ситуации, заставляет ее попасть в напряженный из-за мышечного спазма пищевод и желудок. Именно этот процесс и приводит к развитию разнообразных заболеваний желудочно-кишечного тракта.

Таким образом, мы переходим к анализу язвы, которой столь пристальное внимание уделил Александер[[32]](#footnote-33). Как уже было указано выше состояния опасения могут приводить к желанию быть в безопасности, что актуализируется с детством и транслируется на желание быть любимым. Если человек не может реализовать это желание через свою коммуникационную сеть, тогда он начинает переходить к процессу регрессии, то есть человек вновь возвращается к детству и желание быть любимым переходит в следствием поглощение пищи, то есть желание быть накормленным. Когда подобные процессы активируются, активируется и физиологический стимул для функционирования желудка. При этом стимул может активироваться не только во время приема пищи, но и до него, так как в конечном счете функционирование желудка по причине эмоционального воздействия никак не сопряжено с физиологическим ощущением голода. Таким образом, при подобном влиянии психологических факторов у человека возникает повышенная секреция пустого желудка, который, перманентно подвергаясь физиологическим стимулам (которым в обычном состоянии человек подвергается исключительно во время и незадолго до приема пищи), становится все более подвержен развитию язвы.

Что касается такого расстройства, как диарея, которую мы не раз отмечали в первой главе, то здесь возникает вопрос о том, какие все же стимулы влияют на развитие этого расстройства. Мы уже отметили выше, что в диарее присутствует агрессивное начало. Согласно Александеру это значит, что у больных возникает внутренний конфликт, который связан с интенсивными требовательными или орально-агрессивными и рецептивными желаниями[[33]](#footnote-34). Так как высокая интенсивность желаний не оправдывается реальными результатами, на психологическом уровне возникает определенная установка на замещение желаемой деятельности без результатов любой другой, которая этот результат приносит. В данном случае этим действием является гиперактивность желудочно-кишечного тракта, приводящая в конечно счете к диарее. В рамках этого расстройства компенсируется то, что они желали, но не получили. Это может выражаться и в желании обладать обязанностями, однако, сопровождаться страхом перед ними в силу собственного ощущения неспособности принять сопутствующие обязательства. Такие больные могут быть зависимыми от того, что получают от других, в силу активизации чувства совести за то, что они ничего не отдают. Психологический фактор, который вытесняется в данном случае, вытесняется через желание отдавать что-либо другим.

В отличие от предыдущих заболеваний и групп заболеваний бронхиальная астма, которой страдал Рузвельт, не может быть развита исключительно психоэмоциональным фактором. В частности Франц Александер вовсе не придавал сколь-нибудь серьезное значение психологическим аспектам астмы, хотя и отмечал их наличие при заболевании. Интересно, что допускать эмоциональную подоплеку астмы необходимо именно потому, что диапазон эмоциональных стимулов чрезвычайно широк: от сексуального возбуждения до гнева и на данный момент конкретной связи между чем-то одним и заболеванием пока не установлено. Тем не менее, в любом из случаев того или иного эмоционального стимула Александер высматривает один схожий элемент – конфликт из-за зависимости от матери[[34]](#footnote-35). Разнообразие эмоциональных стимулов приводит к тому, что мы можем наблюдать разнообразие типов поведения, то есть разнообразные психологические типы. Главным объединяющим фактором является страх перед отрывом от любящей и в этом смысле защищающей матери. Александр приводит следующие примеры ситуаций психоэмоционального влияния на астматический приступ. Приступы астмы начинаются у старших детей при рождении младших, если первые боятся, что внимание матери отныне будет уделено не им. У взрослых астматические приступы могут начаться в моменты сексуального напряжения или с момента осознания о неизбежности грядущей ответственности (например, брак). У сына может развиться астматическое состояние при осознании инцестуозного желания своей матери. При этом важно отметить, что у сына-астматика мать часто относится с пренебрежением и часто с отвержением к физическим проявлениям привлекательности собственного сына. Таким образом, приступ астмы – это всегда внутренний конфликт по поводу отделения от матери. Так происходит потому, что еще в раннем детстве ребенок, который очень нуждается в материнской любви и защите, чувствует тотальную неуверенность и пытается ухватиться за мать вновь, когда ее у него «отбирают». Часто была прослежена корреляция между возникновением астмы у ребенка и тем, что его мать слишком рано заставила его быть независимым. Ребенок, который к этому не готов, так же будет стараться вновь стать защищенным, в отличие от незащищенности, в которую сейчас «бросила» его мать.

Таким образом, мы выяснили, что существует еще одно заболевание, которое может иметь под собой агрессивную основу или основу, выраженную в страхе.

Еще одним заболеванием, которое достойно анализа, хотя из первой главы оно было отмечено лишь единожды, является гипотиреоз.

Если следовать классической трактовке Александера, то тип личности, которому присуще развитие этого заболевания, можно охарактеризовать, как меланхоличное[[35]](#footnote-36). Это означает практически полное отсутствие заинтересованности во всех сферах бытового существования человека и, как следствие, отсутствие инициатив в них. Часто причиной такому эмоциональному состоянию предшествует отказ от цели, которую человек желал достичь. Связь гипотиреоза и психоэмоциональных факторов хорошо изучена, поэтому можно определить несколько специфических факторов развития гипотиреоза: 1) отказ от желаемой цели рождает отсутствие надежды, приводящее к фрустрации; 2) отсутствие мотивации, обусловленной абсолютным интересом к делу (такая деятельность может быть следствием внешнего давления или внутренних компульсий); 3) иногда отмечаются случаи, когда агрессия, причиной которой является синдром компенсации, перерастает в тревожность, что сподвигает человека на регрессивный уход; 4) наконец, противопоставление агрессивным установкам, присущим мужчине в той или иной культуре, идентификации с женским началом в человеке. Мы не можем говорить о явно агрессивной природе данного заболевания, однако, в двух из четырех факторов присутствует агрессивное начало.

Что касается неврологических расстройств, то они никогда не рассматривались в рамках психосоматики (тем более в ее классической форме) во многом из-за того, что сфера неврологии все еще является одной из самых загадочных для современности, изучение ее процессов сложно даже в рамках одной науки, даже без привязки к мультидисциплинарным наукам. Если же мы говорим об инсульте, который, как мы успели заметить в первой главе, весьма часто встречался в рядах лидеров XX столетия, то здесь стоит обратить внимание на природу инсульта на его физиологическом уровне. Инсульт – это сосудистое заболевание, имеющее в своей природе патологию сосудов, как и в случае с ишемической болезнью сердца. Таким образом, вероятнее всего исследователям в рамках психосоматики стоит изучать его именно на сосудистом уровне, а соответственно актуализировать с информацией, которую мы имеем по инфарктам и ишемическим атакам.

Таким образом, мы проанализировали с точки зрения психосоматической теории все группы заболеваний, которые были отмечены в первой главе при обработке данных из биографий лидеров XX столетия. Итоги по поводу доминирующей эмоции мы будем подводить уже в следующей главе.

# **Выявление значимых эмоциональных компонентов и их смыслового содержания**

В прошлой главе мы проанализировали заболевания, последовательно выясняя, какие именно эмоциональные состояния стоят за каждым из них. Результаты, которые мы получили, удобнее всего будет представить в виду таблицы.

*Таблица 2.*

Связь заболевания с психоэмоциональным состоянием.

|  |  |
| --- | --- |
| Заболевание | Доминирующая эмоция |
| Расстройства психики | Страх |
| Сердечно-сосудистые заболевания | Агрессия |
| Артериальная гипертензия | Агрессия (страх ее реализации) |
| Заболевания ЖКТ | Агрессия = Страх |
| Астма | Страх |
| Гипотиреоз | Агрессия (в большинстве случаев) |

Теперь стоит обратить внимание на саму таблицу для ее интерпретации. Если в случае с расстройствами психики, сердечно-сосудистыми заболеваниями и астмой все более, чем понятно, то случай артериальной гипертензии не является столь же очевидным. Как уже было сказано в прошлой главе, Александер не разделял понятия страх (опасение) и агрессия (гнев, враждебность), так как с физиологической точки зрения эти эмоции идентичны и сопровождаются абсолютно одинаковыми процессами в человеческом организме. Однако стоит различать смысловое содержание этих двух эмоций. Страх не является агрессией по своему смыслу, а агрессия не является страхом. Именно поэтому Александер в своей работе уточнил, что подразумевает под агрессией в случае артериальной гипертензии: человек агрессивен и враждебен, но лишь потому, что боится. С точки зрения эволюционной теории Дарвина природой любой агрессии является страх: страх захвата территории, страх смерти потомства, страх перехваченной пищи. И каждый из этих страхов в животном мире приводит к агрессивной реакции, потому что лишь она чаще всего является движителем фундаментального механизма эволюции, естественного отбора.

И того же самого сказать нельзя в случае с заболеваниями желудочно-кишечного тракта, так как здесь Александер уточняет, что не страх рождает агрессию, а агрессия и есть страх по своей сути в данном случае. То есть в этой ситуации исследователь отвергает возможную причинно-следственную связь между двумя эмоциональными состояниями и фактически приравнивает их друг к другу на уровне бессознательных процессов.

Выяснив все о содержании доминирующей эмоции, мы не узнали ничего о том, что они означают на практике, к каким результатам могут привести.

Здесь первым делом мы должны вспомнить о существовании закона Йеркса-Додсона, суть которого в общих чертах сводится к тому, что зависимость результата деятельности от мотивации имеет обратный характер[[36]](#footnote-37). Фактически мы имеем два закона, и описанное выше является вторым законом. Первый закон гласит о том, что результативность описывается колоколообразной кривой. То есть результативность будет повышаться до определенного момент увеличения мотивации, однако, в тот момент, когда граница необходимого размера мотивации будет позади, результативность пойдет на спад. Считается, что оптимальной ситуацией является та, в которой деятельность, имеющая среднюю степень сложности, должна обеспечиваться средней мотивацией. Однако в случае с изучением лидеров стран ситуация не описывается оптимальностью согласно этому закону. Мотивация лидеров государств значительно выше средней, равно, как и степень сложности самой деятельности. Согласно закону Йеркса-Додсона профессиональные обстоятельства лидеров государств всегда будут приводить к спаду результативности в тот или иной период. В случае с главами государств есть и еще одна сторона. Будучи «рассадниками» эмоциональной атмосферы, они формируют определенный уровень мотивации через нее. Чем агрессивнее становится деятельность главы государства, тем более высоким становится уровень мотивации, а значит более напряженными оказываются условия деятельности его окружения. Согласно закону в условиях чрезмерной эмоциональной напряженности, результативность деятельности будет идти на спад.

Тем не менее, характер влияния эмоциональной атмосферы на деятельность высших эшелонов власти является вопросом совершенно иного исследования с иными целями. На данном этапе нам было необходимо выяснить, какая именно эмоция является доминирующей (превалирующей над другими) на столь высоком уровне государственного управления.

# **Заключение**

Итак, в настоящее исследование было посвящено исследованию эмоциональной атмсоферы в высших эшелонах власти Великобритании и США.

В первой главе исследования мы собирали информацию о состояниях здоровья лидеров указанных выше государств, что позволило нам структурировать заболевания, вычлененные из их биографий и медицинских карт для дальнейшей реконструкции. Мы также пришли к выводу о том, что наибольшее количество лидеров двух стран страдало расстройствами психики. Вторым по количеству больных недугом оказалась группа под названием сердечно-сосудистые заболевания. Артериальную гипертензию, которой так же страдало значительное количество лидеров двух стран, нам пришлось выделить из группы сердечно-сосудистых заболеваний из-за того, что гипертония как таковая является причиной очень многих заболеваний, а потому для психосоматической теории является важным для исследования объектом.

Следующая глава была посвящена психосоматической реконструкции заболеваний. Данный метод позволил нам использовать классический подход Франца Александра, а именно его концепцию специфичности для того, чтобы выяснить, какая именно эмоция лежит основой каждой из групп заболеваний. Вследствие чего выяснилось, что доминирующей эмоцией в поведении глав высших эшелонов власти является агрессия. Иногда данная агрессия берет свои корни в страхе, как в случае с артериальной гипертензией. Иногда агрессия сводится к страху и не отличается от него на бессознательном уровне, как в случае с заболеваниями желудочно-кишечного тракта.

Так или иначе, в следующей, последней главе основной части исследования, мы пришли к выводу, что именно агрессия является превалирующей эмоцией, а значит именно такой характер эмоциональной атмосферы присутствует в высших эшелонах власти. К таком выводу мы смогли прийти, оттолкнувшись от аксиомы о том, что главы государств являются своеобразными катализаторами эмоциональной динамики, то есть их ближайшее окружение, входящее в состав высших эшелонов власти, является своеобразным отражением психоэмоционального фона лидера. Закон Йеркса-Додсона показывает, что агрессивная атмосфера, которая наличествует в том или ином окружении скорее всего будет создавать чрезмерную мотивацию, что может помешать достижению приличных результатов. Таким образом, мы можем прийти к выводу о том, что необходимы дальнейшие исследования данной тематики для определения наличия какого-либо влияния эмоциональной атмосферы, а также изучения его характера.

# **Список литературы**

1. Александер Ф. Психосоматическая медицина. Принципы и применение. М. : Институт общегуманитарных исследований, 2011. 320 с.
2. Берковиц Л. Агрессия: Причины, последствия и контроль. СПб. : ПРАЙМ-ЕВРОЗНАК, 2001. 512 с.
3. Бройтигам В., Кристиан П., Рад М. Психосоматическая медицина: Кратк. учебн. / Пер. с нем. Г.А. Обухова, А.В. Брунека; Предисл. В.Г. Остроглазова. М. : ГЭОТАР МЕДИЦИНА, 1999. 376 с.
4. Гарр Т. Почему люди бунтуют. СПб. : Питер, 2005. 461 с.
5. Еникеев М. И. Энциклопедия. Общая и социальная психология. М. : ПРИОР, 2002. 560 с.
6. Малкина-Пых И. Г. Психосоматика: Справочник практического психолога. М. : Эксмо, 2005. 992 с.
7. Менегетти А. Психосоматика с точки зрения онтопсихологии: пер. с итал. М. : Онтопсихология, 2009. 346 с.
8. Московичи С. Век толп. Исторический трактат по психологии масс. М. : Центр психологии и психотерапии, 1998. 480 с.
9. Ольшанский Д. В. Психология масс. СПб. : Питер, 2002. 368 с.
10. Оуэн Д. История болезни: недуги мировых лидеров последнего столетия / пер. с англ. Д. Курдыбайло, А. Ковжуна и Н. Власовой. СПб. : Амфора, 2011. 639 с.
11. Психологос: Энциклопедия практической психологии. [Москва, 2012]. URL: <http://www.psychologos.ru/articles/view/zakon_yerksa-dodsona> (дата обращения: 30.05.13)
12. Урнов М. Ю. Эмоции в политическом поведении. М. : Аспект пресс, 2008. 240 с.
13. Anderson C. A., Bushman B. J. Human Aggression // Annual Review of Psychology. Ames, Iowa : Iowa State University, Vol. 53, №1, 2002. P. 27 – 51.
14. Bercuson D., Herwig H. H. One Christmas in Washington: The Secret Meeting between Roosevelt and Churchill That Changed the World. Woodstock, NY : Overlook Press, 2006. 336 p.
15. Braud P. L'émotion en politique: problems d'analyse. Paris : Press de Science Po, 1996. 256 p.
16. Bumgarner J.R. The Health of the Presidents: The 41 United States Presidents Through 1993 from a Physician's Point of View / Jefferson, NC, November, 1994. 304 p.
17. Campbell A. The American Voter. Chicago : University of Chicago, 1980. 573 p.
18. Caro R. A. The Years of Lyndon Johnson. Volume 3: Master of the Senate. London : Vintage, 2003. 1167 p.
19. Dallek R. An Unfinished Life: John F. Kennedy 1917 – 1963. London : Allen Lane, 2003. 848 p.
20. Dallek R. Lyndon B. Johnson: Portrait of a President. London : Penguin Books Ltd., 2005. 396 p.
21. Dallek R. The Medical Ordeals of JFK. Atlantic Monthly, Volume 290, No. 5, December 2002. pp. 49-61.
22. Dunbar H. F. Psychosomatic diagnosis // P.B. Hoeber, inc., Medical Book Dept. of Harper & Brothers. 1943. 741 p.
23. Eden C. Clarissa Eden: A Memoir – From Churchill to Eden. London : Weidenfeld and Nicolson, 2007. 288 p.
24. Edmund Morris. Theodore Rex. New York : Random House Publishing Group, 2001. 772 p.
25. Ferrel R. H. The Presidency of Calvin Coolidge. Lawrence : University Press of Kansas, 1998. 244 p.
26. Foreign Relationships of the United States 1961-1963. Volume 10: Cuba 1961-1962. Washington, DC : United States Government Printing Office, 1997. 782 p.
27. Goodwin R. N. Remembering America: A Voice from the Sixties. Boston : Little, Brown, 1988. 552 p.
28. James R. R. Anthony Eden. London : Weidenfeld and Nicolson, 1986. 678 p.
29. Jenkins R. Portraits and Miniatures / London, Macmillan, November. 1993. 404 p.
30. Jonathan R. T. Davidson, Kathryn M. Connor, Narvi Swartz. Mental Illness in US Presidents between 1776 and 1974: A Review of Biographical Sources // Journal of Nervous and Mental Disease. 2006, Vol. 194. P.47-51.
31. Lasby C. G. Eisenhower’s Heart Attack: How Ike Beat Heart Deasease and Held On to the Presidency. Lawrence : University Press of Kansas, 1996. 384 p
32. Leonard D. A Century of Premiers: Salisbury to Blair / Basingstoke, Palgrave Macmillan, December. 2005. 392 p.
33. L’Etang Hugh. Ailing Leaders in Power 1914-1994. London : Royal Society of Medicine Press, 1995. 165 p.
34. Lord Beaverbrook. The Decline and Fall of Lloyd George: And Great Was the Fall Thereof. London : Collins, 1963. 320 p.
35. Lord Moran. Winston Churchill: The Struggle For Survival 1940-1965 / London, Constable, 1966, 644 p.
36. Lukacs J. Five Days in London / New Haven, CT, Yale University Press, 3rd edition, September. 2001. 256 p.
37. Marcus G.E., Neumann W.R., MacKuen M. Affective Intelligence and Political Judgment. Chicago : University of Chicago Press, 2000. 199 p.
38. McLeod S. Type A Personality // SimplyPsychology :psychology articles for students. [Wigan, 2011]. URL: <http://www.simplypsychology.org/personality-a.html> (дата обращения 30.05.13)
39. Park B. E. The Impact of Illness on World Leaders / Philadelphia, University of Pennsylvania Press. 1986. 373 p.
40. Reynolds D. In Command of History: Churchill Fighting and Writing the Second World War. NY, Basic Books, First Paperback Edition, November. 2007. 672 p.
41. Reynolds D. Summits: Six Meetings That Shaped the Twentieth Century / London, Allen Lane, April. 2009. 576 p.
42. Salerian A. J., Salerian G. H. A Review of FDR’s Mental Capacity During His Fourth Term and Its Impact on History. Forensic Examiner, Spring 2005. pp. 31–38.
43. Storr A. Churchill’s Black Dog, Kafka’s Mice, and Other Phenomena of the Human Mind. New York : Grove Press, 1965. 310 p.
44. Summers A. The Arrogance of Power: The Secret World of Richard Nixon. London : Victor Gollancz, 2000. 656 p.
45. Walden G. God Won't Save America: Psychosis of Nation / London, Gibson Square. August. 2007. 304 p.
46. Weinstein, E. A. Woodrow Wilson's Neuropsychological Impairment and the Paris Peace Conference // Papers of Woodrow Wilson, 1960, vol. 58. P. 630-631.
47. Wilson W. The papers of Woodrow Wilson. Volume 58: April 23 – May 9, 1919, in Arthur S. Link (ed.). Princeton, New Jersey : Princeton University Press, 1988. 688 p.

1. Ольшанский Д. В. Психология масс. СПб. : Питер, 2002. С. 35-36 [↑](#footnote-ref-2)
2. Урнов М. Ю. Эмоции в политическом поведении. М. : Аспект пресс, 2008. С.7 [↑](#footnote-ref-3)
3. Там же, С. 8 [↑](#footnote-ref-4)
4. Edmund Morris. Theodore Rex. New York: Random House Publishing Group, 2001. P. 425 [↑](#footnote-ref-5)
5. Edmund Morris. Theodore Rex. New York: Random House Publishing Group, 2001. P. 16 [↑](#footnote-ref-6)
6. Оуэн Д. История болезни: недуги мировых лидеров последнего столетия / пер. с англ. Д. Курдыбайло, А. Ковжуна и Н. Власовой. СПб., 2011. C. 39 [↑](#footnote-ref-7)
7. Weinstein, E. A. Woodrow Wilson's Neuropsychological Impairment and the Paris Peace Conference // Papers of Woodrow Wilson, 1960, vol. 58. P. 630 [↑](#footnote-ref-8)
8. Оуэн Д. История болезни: недуги мировых лидеров последнего столетия / пер. с англ. Д. Курдыбайло, А. Ковжуна и Н. Власовой. СПб., 2011. C. 62 [↑](#footnote-ref-9)
9. Оуэн Д. История болезни: недуги мировых лидеров последнего столетия / пер. с англ. Д. Курдыбайло, А. Ковжуна и Н. Власовой. СПб., 2011. C. 94 [↑](#footnote-ref-10)
10. Lord Moran. Winston Churchill: The Struggle For Survival 1940-1965 / London, Constable, 1966, p. 16 [↑](#footnote-ref-11)
11. Оуэн Д. История болезни: недуги мировых лидеров последнего столетия / пер. с англ. Д. Курдыбайло, А. Ковжуна и Н. Власовой. СПб., 2011. P. 122 [↑](#footnote-ref-12)
12. Dallek R. An Unfinished Life: John F. Kennedy 1917 – 1963 / London, Allen Lane, 2003, P. 398 [↑](#footnote-ref-13)
13. Оуэн Д. История болезни: недуги мировых лидеров последнего столетия / пер. с англ. Д. Курдыбайло, А. Ковжуна и Н. Власовой. СПб., 2011. C. 268 [↑](#footnote-ref-14)
14. Caro R. A. The Years of Lyndon Johnson. Volume 3: Master of the Senate. London: Vintage, 2003), P. 625 [↑](#footnote-ref-15)
15. Goodwin R. N. Remembering America: A Voice from the Sixties. Boston : Little, Brown, 1988. P. 403 [↑](#footnote-ref-16)
16. Dallek R. Lyndon B. Johnson: Portrait of a President. London : Penguin Books Ltd., 2005. P. 353 [↑](#footnote-ref-17)
17. Оуэн Д. История болезни: недуги мировых лидеров последнего столетия / пер. с англ. Д. Курдыбайло, А. Ковжуна и Н. Власовой. СПб. : Амфора, 2011. P. 146 [↑](#footnote-ref-18)
18. Оуэн Д. История болезни: недуги мировых лидеров последнего столетия / пер. с англ. Д. Курдыбайло, А. Ковжуна и Н. Власовой. СПб. : Амфора, 2011. P. 162 [↑](#footnote-ref-19)
19. Lord Beaverbrook. The Decline and Fall of Lloyd George: And Great Was the Fall Thereof. London : Collins, 1963. P. 10 [↑](#footnote-ref-20)
20. Reynolds D. Summits: Six Meetings That Shaped the Twentieth Century / London, Allen Lane, April. 2009. P. 91 [↑](#footnote-ref-21)
21. Оуэн Д. История болезни: недуги мировых лидеров последнего столетия / пер. с англ. Д. Курдыбайло, А. Ковжуна и Н. Власовой. СПб. : Амфора, 2011. C. 88 [↑](#footnote-ref-22)
22. Storr A. Churchill’s Black Dog, Kafka’s Mice, and Other Phenomena of the Human Mind. New York : Grove Press, 1965. P. 15 [↑](#footnote-ref-23)
23. Eden C. Clarissa Eden: A Memoir – From Churchill to Eden. London : Weidenfeld and Nicolson, 2007. P. 225 [↑](#footnote-ref-24)
24. James R. R. Anthony Eden. London : Weidenfeld and Nicolson, 1986. P. 442 [↑](#footnote-ref-25)
25. Бройтигам В., Кристиан П., Рад М. Психосоматическая медицина: Кратк. учебн. / Пер. с нем. Г.А. Обухова, А.В. Брунека; Предисл. В.Г. Остроглазова. М. : ГЭОТАР МЕДИЦИНА, 1999. C. 128 [↑](#footnote-ref-26)
26. Александер Ф. Психосоматическая медицина. Принципы и применение. М. : Институт общегуманитарных исследований, 2011. C. 73 [↑](#footnote-ref-27)
27. Малкина-Пых И. Г. Психосоматика: Справочник практического психолога. М. : Эксмо, 2005. C. 739 [↑](#footnote-ref-28)
28. Малкина-Пых И. Г. Психосоматика: Справочник практического психолога. М. : Эксмо, 2005. C. 734 [↑](#footnote-ref-29)
29. Александер Ф. Психосоматическая медицина. Принципы и применение. М. : Институт общегуманитарных исследований, 2011. C. 166 [↑](#footnote-ref-30)
30. Александер Ф. Психосоматическая медицина. Принципы и применение. М. : Институт общегуманитарных исследований, 2011. C. 115 [↑](#footnote-ref-31)
31. Александер Ф. Психосоматическая медицина. Принципы и применение. М. : Институт общегуманитарных исследований, 2011. C. 127 [↑](#footnote-ref-32)
32. Александер Ф. Психосоматическая медицина. Принципы и применение. М. : Институт общегуманитарных исследований, 2011. C. 113 [↑](#footnote-ref-33)
33. Там же, C. 130 [↑](#footnote-ref-34)
34. Александер Ф. Психосоматическая медицина. Принципы и применение. М. : Институт общегуманитарных исследований, 2011. C. 147 [↑](#footnote-ref-35)
35. Александер Ф. Психосоматическая медицина. Принципы и применение. М. : Институт общегуманитарных исследований, 2011. C. 203 [↑](#footnote-ref-36)
36. Психологос: Энциклопедия практической психологии. [Москва, 2012]. URL: <http://www.psychologos.ru/articles/view/zakon_yerksa-dodsona> (дата обращения: 30.05.13) [↑](#footnote-ref-37)