

Библиотека  
психоанализа

Клод  
Смаджа

О

пературная  
ЖИЗНЬ

*Психоаналитические  
исследования*



**Клод Смаджа**  
**Опературная жизнь.**  
**Психоаналитические**  
**исследования**  
Серия «Библиотека психоанализа»

*текст предоставлен правообладателем*

*[http://www.litres.ru/pages/biblio\\_book/?art=66205118](http://www.litres.ru/pages/biblio_book/?art=66205118)*

*Опературная жизнь: Психоаналитические исследования: Когито-  
Центр; Москва; 2014  
ISBN 978-5-89353-413-9*

### **Аннотация**

Опературная жизнь – это совокупность клинических симптомов, описанных в работах группы психоаналитиков Парижской школы, которая с начала 1950-х годов стала интересоваться психическим функционированием соматических больных. Автор книги, один из представителей этой школы, развивает и углубляет изучение «опературных состояний» и их метапсихологию. Он подчеркивает значение психических территорий, находящихся «по ту сторону принципа удовольствия», под знаком инстинкта смерти, места, откуда ведут происхождение механизмы, изменяющие развитие индивидуума и жизнь его влечений.

В формате PDF A4 сохранён издательский дизайн.

# Содержание

Предисловие	6
Благодарности	23
Введение	24
I. Фрейдовские представления о психоанализе процессов соматизации	28
А) Конверсионные истерические симптомы	28
Б) Соматические симптомы при актуальном неврозе	29
В) Ипохондрические симптомы	30
Г) Органические болезни	31
II. Постфрейдовские модели	33
А) Психоанализ органических болезней Гроддека	33
Б) Психо-соматическая медицина Александера	34
В) Генерализованная конверсия Жан-Поля Валабрега (1964)	37
Г) Парижская психосоматическая школа	38
III. Психоанализ процессов соматизации	40
А) Соматическая регрессия	41
Б) Психосоматическое разъединение влечений	45
Конец ознакомительного фрагмента.	47

**Клод Смаджа**  
**Оператуарная жизнь:**  
**Психоаналитические**  
**исследования**

© Presses Universitaires de France, 2001

© Когито-Центр, 2014

\* \* \*

# Предисловие

Клод Смаджа рассказывал мне, что еще со времен учебы в средней школе его очень интересовала биология. Безусловно, это был способ дать мне понять, что еще с ранней молодости его собственное тело и тела других людей стали для него объектом пристального любопытства, которое не было вытеснено, а сублимировалось в изучение медицины. Подобный выбор, очевидно, включает не только знакомство с биологией, но и изучение человеческого тела, его истории, его радостей и бед, его образа жизни, его жажды знаний. Именно поэтому Клод Смаджа изначально выбирает не психиатрию, а интернатуру в парижских клиниках. Хотя практическая работа и стала для него источником новых знаний, но начальная любознательность все же не была удовлетворена. Он возвращается к классической психиатрии, которая не смогла избавить его от разочарования, однако умение общаться и стремление к новым знаниям помогли ему стать главным врачом клиники.

Благодаря психоаналитическому образованию он познакомился с трудами З. Фрейда, с его определением влечения, которое находится между психическим и соматическим. Клод Смаджа начинает изучать «метапсихологию» и быстро получает репутацию умелого толкователя фрейдовских текстов. Обращает внимание, с каким удовольствием он цити-

рует выступление Пьера Марти и Мишеля де М'Юзана на конференции в Барселоне в 1962 году, а затем при презентации в 1964 году их книги «*Психосоматическое исследование*». Очевидно, что исследование, начатое им во время учебы в лицее, впоследствии расширилось и дополнилось, прежде всего, за счет обращения к работам Пьера Марти. Клод Смаджа начинает свою работу в Парижском институте психосоматики (IPSO) и становится инициатором плодотворного сотрудничества с коллегами, доказательством чего является эта книга. Нелегко понять, как два таких автора, как Клод Смаджа и Пьер Марти, могут взаимодополнять друг друга. Известно, что Пьер Марти не был в отличие от Клода Смаджа умелым полемистом, так вот именно Смаджа заменит его в этой ипостаси. Пьер Марти был слушателем, и у него были избранные собеседники: Анри Эй, который через идеи органодинимизма приобщил его к учению Г. Джексона и к его спенсеровскому стилю, Джулиан де Аджуриагера и Генри Хакен, которые модернизировали неврологию, М. Буве, который увидел в работе с объектными отношениями ресурс для лечения соматических больных.

Мне кажется, что между Клодом Смаджа и Пьером Марти все-таки больше сходства, чем различий, ибо оба они еще смолоду были увлечены загадками биологии. Слово «исследования» в названии книги П. Марти с соавторами несколько удивляет: слушая пациента определенным образом, мы замечаем, как соматическая болезнь вписывается в

ментальное функционирование через негативные явления. Клод Смаджа, напротив, изучает в кажущемся неполноценным ментальном функционировании то, что можно назвать «недефицитарным», а это, в свою очередь, вызывает у него интерес к парадоксальным проявлениям у пациентов с соматизациями. Поэтому Клод Смаджа проявлял глубокий интерес к работам Пьера Марти и пристально их изучал.

Однако их встреча не устранила расхождение во взглядах, поскольку Пьер Марти являлся приверженцем эволюционистской теории, а Клод Смаджа – метапсихологии, поэтому Клод Смаджа отдает предпочтение теории негатива Андре Грина. При этом оба они сходились во взглядах на клиническое описание пациентов с признаками соматизации. В *«Психосоматическом исследовании»* говорилось, что источник нарушений лежит в архаичных бессознательных фантазмах, но это предположение не получило широкой поддержки. Взамен была выдвинута идея о важности фантазмов, которые прячутся за эдипальной темой. В этом кажущемся конфликте, где утверждается примат прегенитальных фиксаций, скрытых за эдиповым конфликтом, подчеркивалось преобладание фантазматической активности, что противоречит представлению Фрейда, который связывал актуальные неврозы с прерыванием ментального функционирования. В рамках этого обсуждения Клод Смаджа докладывал об идее Фрейда, согласно которой актуальные неврозы не приносят ничего полезного в психоанализ. На первый взгляд это под-

тверждает мысль о том, что актуальное не обязательно связано с прошлым; заметим, однако, что в наше время источником актуальных неврозов считается переживание нехватки, дефицитарности. По поводу актуальных неврозов между Фрейдом и его коллегами произошел конфликт. Джонс отмечает, что он был открыт новым идеям, а Фрейд настаивал на своем прежнем мнении. Во время конгресса, посвященного мастурбации, фрейдисты настаивали на том, что мастурбация сама по себе является причиной актуальных неврозов. Согласно Фрейду, мастурбация могла быть частью невроза переноса в той мере, в которой, выражая инфантильную сексуальность, она была вытеснена; в противном случае ее следовало бы связать с неадекватным использованием взрослой сексуальности, которое могло вызвать актуальный невроз. Одним словом, оппоненты желали придать мастурбации бессознательное происхождение, а не объяснять ее злоупотреблением, присутствующим в поведении и ведущим к психическим нарушениям.

Согласно Клоду Смаджа, история психоаналитического движения показывает, что проблема актуальных неврозов не рассматривалась более двадцати лет. Исследования в основном были связаны с содержанием динамического бессознательного, иначе говоря, с фантазмами. В связи с этим возникает вопрос: не является ли этот факт молчаливым выражением отказа принимать в расчет факторы, которые могли бы разрушить уже накопленные представления?

Актуальные неврозы, «которые ничего не могли дать психоанализу», привнесли уже хотя бы то, что подтвердили существование отрицаемого негативного фактора.

Отсюда становится понятно, почему Клод Смаджа считает необходимым проведение психоаналитического исследования, способного объяснить явления с недостаточно выраженными симптомами. Инкриминируемое «злоупотребление» является расстройством поведения, которое приближает актуальный невроз к поведенческому неврозу. Это сходство приведет Клода Смаджа к развертыванию серии исследований оператуарного состояния и его жалкой спутницы – эссенциальной депрессии.

Анализ, проведенный Клодом Смаджа, позволил ему уловить разницу между актуальным неврозом и оператуарным состоянием: в первом случае речь идет о неправильном использовании энергии, например, прерванном коитусе; во втором речь идет о нарушенных функциях. Таким образом, по ходу оператуарной жизни исчезновение или изменение истерических проявлений, включая аффекты, которые, по мнению Фрейда, имеют истерическую принадлежность, свидетельствует о глобальном изменении психического динамизма. Неправильное использование энергии находит свое место в формулировке Пьера Марти: «Бессознательное принимает, но более не передает». Можно увидеть параллель между этой формулой и взаимоотношением соматического пациента и терапевта, квалифицируемым как *проективная*

*редупликация*. Этот термин означает, что объект воспринимается лишь как дубль субъекта. Подобное восприятие подразумевает, что объект отражает лишь то, что исходит от его дубля, а потому не может проявлять знаки контрпереносного отношения. Если добавить к этому факту, что в таких случаях реальность приходилось скорее терпеть, нежели создавать, как это подчеркивает Клод Смаджа, то мы могли бы приравнять ее к среде, исключаящей любую способность видеть сны.

Еще в работе *«Толкование сновидений»* Фрейд подчеркивал, что нам не снится невеста, а работа сновидения всегда соотносится с бессознательным, в котором находятся его корни. Чтобы обосновать свое предположение, Фрейд предлагает метафорическое сравнение оникса и белого мрамора. Если заказать у скульптора произведение из оникса, он не сможет сделать его таким же, как из белого мрамора, он должен будет учитывать характерные для оникса прожилки. Если выполнить работу в обратном порядке, белый мрамор получит прожилки оникса, то есть возвращение смысла легко выполнимо, если вспомнить работу Андре Грина о «белом мышлении». Иначе говоря, прожилки оникса потерялись в белизне мрамора, а с ними и способность работы воображения, что приближает нас к оператуарному миру, которому не ведомо галлюцинаторное исполнение желания.

Термин «оператуарный мир» пришел мне в голову по ассоциации с образом, предложенным Клодом Смаджа. Под-

черкнув редкость истерических симптомов, которые связаны с первоначальными фантазмами, он приводит аналогию с миром, где правит оператуарность и коллективная психология. В этом образе те самые прожилки оникса, исключенные из Я, связаны с особого рода идеализацией, аннигилирующей Сверх-Я. Вместо обычной, согласно Фрейду, пары Идеал-Я – Сверх-Я возникает антагонизм – Сверх-Я как наследство эдипова комплекса против Идеала-Я в качестве наследства инфантильного нарциссизма. В классической схеме Идеал-Я происходит из инфантильного всемогущества Сверх-Я, которое оказывается спроецировано на родителей и их заместителей, тогда как реальность подвергает опасности эту первичную веру. Однако движения толпы подчиняются своему предводителю, который является объектом Я и который всегда является самозванцем. Он основывает свою силу на внушаемости толпы, которая позволяет ему узурпировать власть того, на кого инфантильное всемогущество было спроецировано изначально.

Следуя этому «коллективному» пути, как отмечает Клод Смаджа, я считаю точным сравнение оператуарного субъекта с борцом и с болельщиком; клинические наблюдения показывают нам, что больше половины оператуарных пациентов были в прошлом подобными «борцами», исключенными по той или иной причине из своей группы. В подобных случаях связи группы с реальным или фантазматическим предводителем были лишь кажущимися. Активный участник полити-

ческой группы, борец по своей сути, показывает, насколько действенным является атрибутивное суждение, базирующееся на доктринах этой группы, которое уничтожает умозаключение о существовании, теряющее таким образом свою объективную ценность. Бывший борец, который стал оперативным субъектом, достигает возможности более объективного суждения, но у него потеряно чувство любви, которым он прежде наслаждался. Его исключение из группы является следствием неприятия самокритики, то есть у него отсутствует возможность проявлять садомазохистическую связь, которая могла бы заменить послушание предводителя и тем самым обеспечить ему место в группе. *Иначе говоря, принятие умозаключения о существовании приводит к срыву или разрыву и к скорби по потерянным отношениям.*

Для болельщика все происходит иначе. Он часть группы, которая требует от своего лидера постоянного обновления своих достижений, но у него присутствует некоторая толерантность к неудаче, связанная больше с обновлением иллюзии всемогущества, чем с возможностью суждения о существовании.

Пример борца, который меняет свои действия в социальной группе, как бы противопоставляется оперативному субъекту, чье мышление кажется лучшим по качеству, чем у борца. Называть кого-то «активистом, или борцом без объекта» – значит подчеркнуть нехватку, отсутствие объекта Я. Нам всем необходимо помнить, что самозванцем является

тот, кто заставляет борца верить, что он действительно обладает всемогуществом, а не является лишь проекцией субъекта. Он обладает фаллосом, который на самом деле иллюзорен, но управляет борцом, которому передается чувство слияния с Идеалом. Все это не фантазм борца, это реально объясняет его поведение, которое управляется рационализацией и отражает жесткое могущество самозванца-объекта Я и его слияние с ним в атмосфере любви и эйфории, атмосфере, которая появляется, как только речь заходит о любой проекции нарциссизма.

Если я чуть дольше остановился на проблеме борьбы, то только потому, что она подтверждает мнение Клода Смаджа, согласно которому именно на уровне коллективной психологии появляются трудности, нарушения, способные привести к потере способности к выражению переживаний посредством симптоматики. Депрессия, которая сопровождает оперативную жизнь, названа эссенциальной, подчеркивает Клод Смаджа, потому что она не выражается посредством психической симптоматики.

Эта симптоматическая нехватка заставляет думать о меланхолии, которая, как правило, симптоматически отчетливо выражена. Клод Смаджа выбрал для описания депрессии раннего детства два клинических состояния – «анаклитическую» депрессию Шпица и «психотическую» депрессию Ф. Тастин, центрированную на аутизме.

Явная разница между этими двумя состояниями состоит

в том, что Шпиц рассматривает последствия нарушений в окружении ребенка (разлука с матерью), а Тастин – последствия аутистического развития. Анаклитическая депрессия нарушает и разрушает достижения начального периода развития, предшествующего ее появлению, и приводит к развитию состояния, получившего название «госпитализм», что указывает на установление защитной организации в соответствии с моделью барьера против возбуждения. Иначе говоря, речь идет о двух формах патологии, вытекающих из состояний дистресса, одна из них анаклитическая, которая лишена способов защиты, вторая – госпитализм. Здесь появляется таинственная проблема прогноза. Клод Смаджа напоминает точку зрения Винникотта, отмечающего, что в этих состояниях отчаяния речь идет о потере не груди, а Я ребенка; это предположение сопоставимо с гипотезой Фрейда относительно меланхолии, при которой патологическое горе связано с потерей Я. Мнение Фрейда было воспринято Клодом Смаджа, тем более что и Пьер Марти, описывая процессы развития, обратил внимание на то, что мать должна управлять теми качествами ребенка, которые еще не развиты, до тех пор, пока не установится их автономное функционирование. Когда материнское управление обеспечивает функционирование Я, его потеря является потерей Я. Описания анаклитической и аутистической депрессий дают достаточно хорошее представление о разных способах выхода из состояния отчаяния, но они включают также и их разли-

чия: в то время как анаклитическая депрессия представлена как иллюстрация нарушенного развития младенца из-за покинувшей его матери, аутистическая мобилизует средства противозбуждения автономного происхождения, которые меняют поведение. Эти средства относятся к функциям ментализации. Сделав этот вывод, Клод Смаджа обращает внимание на два типа развития, один из которых отображает вкупе с психосоматическими расстройствами регрессивную ступень развития, так как приводит к потере приобретенных качеств, а другой выстраивает такое средство защиты, которое ведет к появлению психической фиксации. Можно предположить, что при анаклитической депрессии отсутствуют аутистические средства защиты. Эти выводы поднимают вопрос о степени выраженности психического симптома, который защищает сому.

Третья область интересов Клода Смаджа связана с работами Грина, который предложил идею «белой депрессии» и вывел на сцену мертвую мать, которая, хотя и жива, но не способна давать жизнь. Пример латентной депрессии у матери, помещающий ее гораздо ниже уровня моря посреди соленой пустыни, рисует зачаровывающий пейзаж отрицания, представляет некую аналогию с эссенциальной депрессией, такой же невыразительной и так же наводящей тоску. Присутствие мертвой матери, в понимании Андре Грина, олицетворяет травму, источник которой – хроническое психическое отсутствие матери в условиях ее физического присут-

ствия и даже идеального выполнения педиатрических указаний.

Это введение в теорию депрессии подводит нас к оригинальному видению Клодом Смаджа эссенциальной депрессии, частой спутницы оператуарной жизни. Его взгляды достаточно оригинальны и отличаются от взглядов Пьера Марти, которые мало были связаны с концепцией нарциссизма. Взгляды Смаджа отличаются от представлений Марти примерно так же, как различаются первая и вторая топика Фрейда. Согласно эволюционным представлениям Пьера Марти, посвященным психосоматике, влечению к смерти отводится лишь столько места, сколько ему оставляют жизненные силы, а последние эффективно функционируют именно благодаря ментализации, степень развития которой прямо зависит от ее антагонистической направленности. Клод Смаджа усложняет фрейдовское понимание влечений. С точки зрения эволюции, влечение не спонтанно, а по природе своей консервативно, поскольку исходит из Я, которое является убежищем реальности, и повторяет свое движение в поисках удовлетворения. Его сублимация – продукт сложной работы, которая согласуется с принципом удовольствия. Наконец, предполагается смешение влечений к жизни и смерти, и это смешение позволяет садомазохизму занять ведущую роль в восстановлении частичных влечений. В эксплицитной и имплицитной манере Клод Смаджа говорит о различных факторах, которые предполагают рождение сложных и сме-

лых гипотез об экономии психосоматических процессов индивида.

В теории Пьера Марти постулируется существование витальности, которая стоит выше жесткой психоаналитической экономии и которая клинически выявляема. В своей работе Клод Смаджа неизменно показывает, что эта теория, несмотря ни на что, согласуется со взглядами Фрейда. Трудно себе представить, что тот, кто интересуется психосоматикой, потеряет интерес к мнению Марти только из-за того, что оно опирается на вторую топику. Можно предположить, что Марти наделил ее оператуарной мыслью. Верно ведь, что в основах ненависти может лежать что-то оператуарное. «К чему вся эта история? Ни к чему», «Фрейда превзошли», «Все это только литература» – подобные агрессивные высказывания имеют своей целью оправдать стирание следов прошлого и возвеличить настоящее. Подобные проявления Клод Смаджа определяет как нарциссическую потерю Я в качестве эротического объекта Оно, что можно было бы выразить термином «потеря способности к ресексуализации», который подразумевает навсегда ушедшее время, когда удовольствие Оно правило бал.

В этой связи вновь на первом плане оказываются перевоплощения пассивной позиции, на которых настаивал Клод Смаджа. Если травма приводит к невозможности извлекать выгоду из сексуальной пассивности, то репрезентация активного объекта значительно меняется таким образом, что ста-

новится неспособной отличать себя от травматической ситуации, приведшей к разрушению пассивности. В этом случае в условиях плохого контакта ребенка и матери мы отмечаем и невозможность репрезентации эротического отца, что, вероятно, несет в себе патогенную угрозу. Происходит, как показывает Клод Смаджа, потеря Я как эротического объекта Оно. По этому поводу Клод Смаджа вспоминает идею дезобъективации Грина, которая, по сути, напрямую связана с идеями Фрейда, высказанными в его комментариях о генезе вторичного нарциссизма и его представлениями о Я как о сумме историй любви Оно. Эти любви, уточняет Фрейд, спровоцированы Я, которое становится похоже на объект влечения. Именно десексуализация трансформирует объектное либидо во вторичное нарциссическое либидо, эта трансформация близка к объективации нарциссизма. Идеи Смаджа, касающиеся потери Я как эротического объекта Оно, могут быть спроецированы и на весь генезис личности.

Это та же проблема, которая поднималась, когда речь шла о бессознательном, которое получает, но более не передает, если расценивать оператуарную жизнь как подобную «непередачу». Здесь возникает другая тема – тема «самоуспокоения», механизмов приведения субъекта в состояние покоя через психомоторную разрядку. Оператуарное Я всегда спокойно, постоянно успокоено (порой медикаментозно). Механизм самоуспокоения можно отнести к средствам проти-

вовозбуждения, которые играют также роль контринвестиции. Итак, оператуарный пациент – это субъект, успокоенный страданием, которое остается незаметным для себя и для других, чье спокойствие существует в рамках коллективных идеалов. «Раз я спокоен, то и вы тоже» – это отчасти объясняет описанную ранее проективную редупликацию. Самоуспокаивающийся субъект имеет своей целью возврат к предшествующему состоянию (к страданию). Мне кажется, что в работах Смаджа просматриваются два направления: одно касается тяжелой нарциссической раны из-за недостаточной материнской функции, в частности, материнской неспособности обеспечить дезинвестицию, необходимую для хорошего сна ребенка, а другое направление – в истории ребенка по причине описанной выше недостаточности материнской функции наблюдаются проблемы с инвестированием в пассивность, вследствие чего невозможно стать активным объектом, который мог бы радоваться этой пассивности. Механизм самоуспокоения не создает в итоге преследующий объект, который мог бы родиться, будь для него вакантное, пустое место.

Итак, работы Клода Смаджа подталкивают к ревизии метапсихологии, он подчеркивает, что контринвестиции, идущие из-за пределов принципа удовольствия в форме преждевременных механизмов Я, играют значимую роль в смещении влечений и имеют тенденцию к мобилизации чистой культуры влечения к смерти.

В другом месте Клод Смаджа интерпретирует улучшение, которое может отмечаться после возникновения соматических нарушений, как феномен органической объективации, свидетельствующий об ухудшении инвестирования Я. Подобное телесное нарушение словно заменяет собой тревожное вербальное послание, которое обеспечивает ипохондрический симптом.

В своих работах по психосоматике Клод Смаджа нашел возможность реализовать мечту детства о познании тайн биологии. Он является в каком-то плане и историком, и ученым, словно ставя старый поезд прежних теорий на новые рельсы. Для него было важно вновь обратиться к актуальным неврозам, которые так долго не подлежали рассмотрению, поскольку «шли по рельсам, которые никуда не вели», но его обращение к этой теме показало, что, возможно, это просто был не тот путь. В его изложении работа З. Фрейда *«По ту сторону принципа удовольствия»* становится территорией, подобной той, которую хорошо проиллюстрировал Жерар Швек, описывая добровольных галерщиков, потерявшихся в океане и не способных, несмотря на их неистовые усилия, успокоить море.

В своей манере и на всем протяжении своей книги, Клод Смаджа напоминает, что изначально психика человека руководствуется принципом удовольствия, поэтому Я сохраняет некоторую нежность к галлюцинациям и к воссоединению с эротическим объектом; можно сказать, что Я сохраняет в

себе способность эротически соблазнять Оно, и именно эта способность изгоняется в «чистилище» оператуарной жизни, которое становится местом, где царит абсолютная усталость, разрушающая физическое тело.

*Мишель Фэн*

\* \* \*

*Линде  
Рубену  
Самюэлю  
Давиду*

# Благодарности

Исследования, представленные в этой книге, никогда не увидели бы свет без трудов Пьера Марти, чье учение стало для меня бесценным. Его постоянное внимание к анализу ментального функционирования и его гениальное видение психосоматической экономии занимают сегодня важное место как в истории психоанализа, так и в медицине. Работы Мишеля Фэна вдохновили меня на психоаналитические исследования в области психосоматики. Его творческая доброжелательная помощь сопутствовала мне на протяжении всего этого исследования. Моя признательность обращена и к другим психоаналитикам, Мишелю де М'Юзан, Дениз Брауншвейг и Катрин Пара, которые своими работами, идеями и великодушным присутствием передали мне свою любовь к психоанализу и свое внимание к больным.

Эти исследования в области оперативной жизни неотделимы от обстановки коллективного размышления, которая установилась в Парижском институте психосоматики со времен Пьера Марти и сохранилась там и после него. Живой и содержательный обмен опытом способствовал постоянному развитию и совершенствованию, побуждал меня к размышлениям и активно влиял на планирование и проведение данного исследования.

# **Введение**

## **Психоанализ**

### **процессов соматизации**

Оператуарная жизнь – это совокупность клинических симптомов, описанных в современной психоаналитической теории. Выделение этого круга явлений следует признать одним из самых примечательных современных психоаналитических открытий, оно по праву может считаться фундаментальным открытием в области психопатологии. История этого открытия связана с маленькой группой психоаналитиков Парижской школы, которая с начала 1950-х годов стала интересоваться психическим функционированием соматических больных. Талант этих романтиков психоанализа – Пьера Марти, Мишеля Файна, Мишеля де М'Юзана, Кристиана Давида – в начале 1960-х годов привел к созданию новой психосоматической клиники, в которой они более или менее регулярно обнаруживали особые формы психического функционирования, связанные с развитием соматизации.

В истории открытия оператуарной жизни можно выделить три последовательных этапа. Первым этапом стало введение в 1962 году Пьером Марти и Мишелем де М'Юзаном понятия оператуарного мышления. Они установили, что у определенного числа пациентов с серьезными прогрессирующими

ми соматическими заболеваниями наблюдается особая форма мышления, больше напоминающая не-мышление. Такое качество мышления обусловлено недостаточностью его фантазматических и символических основ. Другими словами, если ум невротика связывает слова с предметами, а страдающий психозом относится к словам как к предметам, то в случае оператуарного мышления слова находятся вне предметов. Согласно этим авторам, сверхинвестиция конкретно, которая, с точки зрения экономики, поддерживает оператуарное мышление, имеет отношение к феномену распада или уничтожения, к тому, что сегодня обозначается как негативация, или первичный процесс.

Вторым этапом является описание Пьером Марти в 1966 году эссенциальной депрессии. В отличие от классических описаний различных форм депрессии эссенциальная депрессия характеризуется отсутствием симптоматического выражения. Выделение ее как отдельной клинической формы депрессии основывалось на распознавании состояния нехватки, недостаточности, а также на аффектах, возникающих в контрпереносе у психоаналитика. Согласно Пьеру Марти, эссенциальная депрессия характеризуется явной потерей влечений, как объектных, так и нарциссических, и развивается параллельно с инстинктом смерти индивидуума.

На третьем этапе было сформулировано понятие процесса соматизации. Это понятие было введено Марти в 1967 году. Оно касается череды событий, ведущих к соматиза-

ции. Этот процесс имеет психическое происхождение и характеризуется совокупностью психического функционирования, которое способствует развитию соматизации. Чтобы лучше понять смысл этого нововведения, необходимо провести различие между понятиями «процесс соматизации» и «психосоматическое заболевание». Последнее понятие было предложено в 1930-х годах Дж. Холидей, оно основывалось на результатах работ северно-американских авторов и входит в лексикон психосоматической медицины. В противоположность процессу соматизации, который описывается в рамках психоаналитического подхода к больному, психосоматическое заболевание выделяется в контексте медицинского лечения больного. Вне зависимости от подхода психические события считаются этиологическими факторами, определяющими соматическое заболевание. Таким образом, в одном случае мы начинаем искать этиопатогенетические факторы заболевания, в другом начинаем с психического функционирования больного, чтобы понять условия, в которых развилось соматическое заболевание.

Оператуарная жизнь объединяет эти три клинических понятия: оператуарное мышление, эссенциальная депрессия и оператуарное поведение. Все психоаналитические исследования, представленные в этой книге, дают материал к тому, чтобы дополнить отдельными конструктами оператуарной жизни фрейдовскую метапсихологическую модель. История психоаналитической психосоматики не была прямо-

линейной, она прошла через ряд этапов и кризисов. Каждый из них являлся результатом теоретических дебатов, во время которых на ряд вопросов не было получено удовлетворительных, с теоретической точки зрения, ответов. Мы взглянули на эти неразрешенные вопросы в другой перспективе. Итак, речь идет о возобновлении дискуссии, о новом обсуждении, которое учитывает предыдущий опыт, а также и о новом концептуальном подходе. Оперативная жизнь занимает, таким образом, свое место в психоанализе процессов соматизации.

# **I. Фрейдовские представления о психоанализе процессов соматизации**

Среди работ Фрейда нет ни одного научного исследования, которое было бы прямо или косвенно связано с психосоматикой. Однако ряд работ и некоторые концепции, разработанные им для других сфер психопатологии, могут служить основой для психоаналитиков, интересующихся большими с соматическими заболеваниями.

Фрейд не интересовался психосоматикой в ее сегодняшнем понимании, но он достаточно детально изучал различные состояния тела. Все его работы, касающиеся телесного выражения симптомов, вписываются в теоретические исследования экономии влечений. В работах Фрейда описываются четыре типа соматических симптомов: симптомы конверсионной истерии, соматические симптомы актуального невроза, ипохондрический симптом и органические заболевания.

## ***A) Конверсионные истерические симптомы***

Согласно фрейдовской концепции, речь идет о мнестических символах, конвертированных на тело и поддерживаю-

щих те бессознательные фантазмы, в которых участвует бисексуальность субъекта. Следует подчеркнуть, что, с клинической точки зрения, данные телесные симптомы обычно не сопровождаются тревогой. С метапсихологической точки зрения, необходимо определенное количество психических условий для формирования истерических симптомов, а именно: существование пост-эдипового Сверх-Я, соответствующего относительно законченной эдиповой организации с динамическим бессознательным и способного к символизации, а также эффективных механизмов вытеснения.

## **Б) *Соматические симптомы при актуальном неврозе***

В классической медицине такие симптомы относят к категории функциональных нарушений. Они соответствуют гипер- или гипофункционированию определенных соматических функций. В отличие от истерической конверсии они не обладают никаким символическим значением и обычно сопровождаются тревогой. В метапсихологическом плане они являются результатом нарушения психосексуальности или психической сексуальности. В центре такого нарушения находится недостаточность механизма вытеснения и замещающее внедрение других механизмов, экономически более энергоемких, как, например, механизм репрессии. Таким образом, либидо субъекта отклоняется от своего психи-

ческого пути и возвращается к органам, в которые оно избыточно инвестирует. Итак, согласно фрейдовской концепции актуальных неврозов, соматические симптомы возникают из-за эротического сверхинвестирования затронутой соматической функции.

Следует напомнить, что в фрейдовской теории либидо существует гипотеза, что каждому органу или каждой соматической функции присущи два влечения. Каждый орган получает инвестиции от влечений самосохранения, которые обеспечивают его физиологическое функционирование, и сексуальных влечений. В своей теории влечений Фрейд выдвигает важную гипотезу об *эротизме органа*, который проявляется в субъективном чувстве хорошего функционирования органа. Однако если в каком-то органе или в соматической функции появляется дисбаланс между этими двумя видами влечений, то возникают нарушения процесса самосохранения органа, то есть физиологические нарушения. Именно данная ситуация и вызывает эротическую сверхинвестицию органа.

## ***В) Ипохондрические симптомы***

Клинически речь идет о с характерных соматических жалобах, достигающих паранойяльных требований, которые не подкреплены никакими органическими признаками болезни. С метапсихологической точки зрения, согласно Фрейду,

они возникают из-за нарциссического застоя либидо, которое не нашло психического применения.

Кроме того, в тело проецируется нарциссическое либидо, чтобы отрицать недостаток органического аутоэротизма.

## Г) *Органические болезни*

Клинически речь здесь идет о специфических объектах психосоматики. С психоаналитической же точки зрения Фрейд изучал органические заболевания на двух разных уровнях.

Первый уровень касается *нарциссической регрессии*, наступающей после того, как болезнь устанавливается соматически. Интерес Фрейда касается тех модификаций либидинальной экономии, которые появляются в связи с соматическими изменениям. Фрейд считал, что при соматическом заболевании регулярно происходит изъятие эротических инвестиций из объекта и помещение их в больной орган. Следует отметить, что подобная идея ранее появлялась в работах Ференци в виде гипотезы по поводу развития патоневрозов.

Второй уровень касается происхождения органического заболевания в соответствии с теорией влечений. Фрейд берет здесь за основу свою вторую версию теории влечений, разрабатываемую начиная с 1920 года и опирающуюся на противопоставление влечения к жизни и влечения к смерти или к разрушению. Он указывает на то, что длительное со-

*стоящие разъединения влечений* и невозможность их нового соединения может привести к тому, что соматические функции субъекта подвергнутся серьезным изменениям, что может вызвать органическую болезнь.

Кроме того, Фрейд сделал ряд наблюдений и увидел определенные *парадоксальные отношения* между болезненными состояниями тела и психопатологическими состояниями. Так обстоит дело с клинической и экономической несовместимостью между травматическим неврозом и телесным страданием, а также со смягчением невротического переживания во время развития соматической болезни. Эти попеременные движения между психическим и соматическим состояниями и их парадоксальная связь, очевидно, заставляют задуматься о качестве мазохистической организации субъекта.

## II. Постфрейдовские модели

Многие психоаналитики исходили из фрейдовской психоаналитической модели, когда они приступали к лечению пациентов, страдающих соматическими заболеваниями. Далее на основе накопленного ими опыта, размышлений и личной интуиции они формулировали теоретические выводы, которые несли на себе печать психоаналитического, медицинского и культурного окружения, в котором они работали.

### *А) Психоанализ органических болезней Гроддека*

Концепция Гроддека зиждется исключительно на психоаналитических понятиях. Этиология органических болезней едина: она основана на *детерминизме Оно*, являющегося творческой силой живого человека. Эта однозначность Оно представляет собой квазимистическое явление. С точки зрения Гроддека, из-за всемогущего Оно психические и соматические феномены становятся строго равноценными. Таким образом, Оно может одинаково хорошо вырабатывать как невротический или психотический симптом или черту характера, так и кардиологическое расстройство или рак кишечника. Эта тождественность психических и соматических явлений стоила ее автору упрека со стороны Фрейда в пре-

небрежении малыми отличиями.

Следовательно, мы можем утверждать, что теоретическое рассуждение Гроддека грешит чрезмерной когерентностью и недостаточной дифференциацией различных объектов наблюдения и разных уровней функционирования данных объектов.

## ***Б) Психо-соматическая медицина Александра***

Концепция Александра основана одновременно на психоаналитической теории и на патофизиологических понятиях. Александр и его сотрудники использовали главным образом свои наблюдения за больными, находящимися в условиях стационара, когда формулировали свои идеи относительно психосоматической медицины. Этот факт, несомненно, повлиял на их теоретические выкладки. Интересно в этой связи указать на возвращение термина «психо-соматический», использованного в качестве прилагательного для обозначения новой медицинской практики. В этом контексте необходимо указать, что термин «психо-соматический», присоединенный к термину «медицина», пишется через дефис. Такое написание логически обрамляет двойственность теоретических представлений их авторов – психоаналитических и патофизиологических (медицинских). Эти представления базируются в основном на двух теориях.

Первая теория относится к *неврозу органа*. Это понятие было, безусловно, заимствовано у Ференци, с которым Александер сотрудничал до того, как эмигрировал в Соединенные Штаты. Невроз органа сродни актуальному неврозу Фрейда. Александер описывает психическое состояние, характеризующееся хронической или периодической регрессией эмоций, которые нельзя ни обработать психически, ни разрядить поведенческими способами. Именно в этих случаях в некоторых органах развивается дисфункция с целью адаптировать организм к новой ситуации, созданной эмоциональной перегрузкой. По мнению Александера, эмоции являются такими же этиопатогенетическими факторами, что и инфекционные, химические или физические агенты. Он также полагает, что невроз органа в своей эволюции может прийти до развития настоящей органической болезни.

*Теория специфичности* постулирует, что каждое эмоциональное состояние имеет свой собственный патофизиологический синдром. Эта идея опирается на результаты исследований, проведенных на большом количестве взрослых, и приводит к выводу о существовании целого набора профилей характеров и личностей.

Подытоживая изложение теории Александера, следует отметить, что она, в свою очередь, грешит избытком дифференциации. На самом деле применение психоаналитической концептуальной модели к психическому функционированию и патофизиологической концептуальной модели к со-

матическому функционированию одного и того же больного создает теоретическую гетерогенность. Эта двойственность мышления относительно психо-соматики породила кризис в рядах французского психоаналитического сообщества и подвигла некоторых психоаналитиков на выдвижение новых концепций, чтобы преодолеть этот дуализм между психикой и сомой.

Кризис, вызванный медицинским осмыслением психо-соматической проблемы, привел к возникновению нового подхода к отношениям между психикой и сомой в рамках психоаналитической концепции. Александер сделал психоанализ усовершенствованным инструментом исследования и понимания психического функционирования больных. Психоанализ вновь полностью обрел свои права, соматический больной также воспринимался в рамках его отношений с психоаналитиком. Этот новый подход привел к рождению понятия «*психосоматическая точка зрения*». Согласно этой новой точке зрения, все то, что переживается больным субъектом – психические поведенческие или соматические события, интерпретируется психоаналитиком в рамках психоаналитических отношений переноса и контрпереноса. Таким образом, соматические симптомы и болезни в этом реляционном горниле видятся то как носители смысла, то как свидетели недостаточности или прерывания смысла. В этом новом движении мысли, свойственном французскому психоанализу 1950-х, 1960-х и 1970-х годов, психо-соматическая

медицина уступает место *психосоматике*, термину без дефиса между «психо-» и «соматикой», закрепляющему единство психики и сомы.

В эти годы во Франции сформировались два теоретических направления, придерживающихся противоположных взглядов на смысл *соматического симптома*. Одно приписывает определенный смысл соматическому симптому и болезни, в то время как другое настаивает на том, что симптом или соматическое заболевание лишены какого-либо смысла.

## **В) Генерализованная конверсия** ***Жан-Поля Валабрега (1964)***

Концепция Жан-Поля Валабрега основана на идее существования у каждого индивида *конверсионного ядра*. Тело воспринимается как предсознательное, загруженное означательной памятью. По Валабрегу, любой соматический симптом содержит смысл, который надо постараться открыть и проработать в процессе психоаналитического лечения. Я сделаю два кратких замечания по поводу данной концепции. Первое: она не дает ответа на вопрос, принадлежит ли этот смысл пациенту или интерпретирующему психоаналитику. Второе состоит в том, что нужно различать смысл, который относится к происхождению данного соматического симптома, и смысл, который раскрывается во время второго периода, уже после психоаналитической работы с пациентом,

страдающим соматической болезнью.

## **Г) Парижская психосоматическая школа**

Заслуга П. Марти, М. Фэн, М. де М'Юзан и К. Давид состояла в том, что в процессе наблюдений за определенным числом соматических пациентов они заметили *стирание* психической продукции. Такое стирание иллюстрируется в клинике проявлением депрессии, названной *эссенциальной депрессией*, определенным качеством мышления, названным *опературным мышлением*, а также более или менее генерализованным удалением фантазматических формирований. Они также описали своеобразную модальность отношений, а именно модальность *проективной редупликации*, и настаивали на важности *схемы поведения* в жизни подобных больных. Совокупность таких наблюдений позволила этим авторам делать акцент на *экономической точке зрения* как в предложенной ими теоретико-клинической концепции, так и в психоаналитической практике с больными. Вопрос о смысле соматического симптома оказался, таким образом, опрокинутым и переосмысленным. Результатом этих работ стало то, что сегодня вопрос смысла или его отсутствия более не является существенным в теоретическом плане. Вместо этого необходимо объяснять психические феномены с точки зрения повреждения структуры смысла в зависимости от различных уровней психического

функционирования субъекта. Таким образом, перепад смысла может быть более или менее глубоким в зависимости от качества психических слоев, в которых этот смысл возникает.

### III. Психоанализ процессов соматизации

Психосоматические наблюдения привели нас к иной оценке психопатологической семиологии, не той, которая была принята в классической клинике. В случаях с соматическими пациентами мы сталкиваемся с *превращением семиологии в обычное явление*. Признаки заболевания становятся обыденными, они имеют тот явный и привлекательный характер, которым может обладать бредовая идея, одержимость или истерическая конверсия. В обыденной семиологии соматических больных преобладает относительное стирание симптоматического выражения. Поэтому тревожные больные не описывают переживание тревоги, они называют себя напряженными, переутомленными, находящимися в стрессовом состоянии. Депрессивные больные не описывают депрессивного переживания, наполненного чувством вины и самообвинения, а просто говорят, что они не в форме, что у них нет больше энергии или что им «не везет». Для восприимчивого и интересующегося психосоматической клиникой психоаналитика эти банальные признаки сразу же приобретают смысл. Они несут в себе значение *негатива отрицания страдания* и потенциального или реального риска соматического заболевания.

Можно описать два больших психических процесса, со-

здающих условия для развития соматизации. Мы называем их *процессами соматизации*. Первый – это *соматическая регрессия*, второй – *психосоматическое развязывание влечений*. Эти два процесса не должны восприниматься как радикально независимые друг от друга. Между ними существует связь. Оба они способствуют соматизации разной природы и тяжести. Однако мы можем заметить связь между природой процесса соматизации и природой самих соматизаций. И все же эти два процесса, а именно соматическая регрессия и психосоматическое развязывание, могут быть описаны по отдельности, потому что они соответствуют различным клиническим реальностям.

## ***А) Соматическая регрессия***

Представим себе пациента, имеющего психическую организацию невротического типа. Его мышление наполнено репрезентациями и фантазмами и окрашено аффектами. Он имеет набор индивидуальных черт характера, сублимаций и даже перверсий, и его нарциссические слои время от времени указывают на сдвиги, свидетельствующие о старых нарциссических ранах. Из-за одного или нескольких событий, случившихся в его любовной, аффективной, профессиональной или социальной жизни, у него за короткое время развилась соматизация. Не отдавая себе в этом отчета, он не дает никакой психической реакции. Возможно, он сам или

кто-то из его окружения заметят изменения в его характере или обычном поведении. Далее, на фоне этих изменений, происходит соматизация. *Психический аппарат выведен из игры*. Соматическая реакция каким-то образом полностью заменила психическую реакцию. Мы имеем дело, по мнению М. Фэна, с феноменом скорее транзактным, нежели реактивным. Психика лишилась своего потенциала, и диалог тут же сместился в событийную область между реальностью и собой.

Уточним признаки соматизации. Она в целом является доброкачественной, обратимой, длящейся от нескольких дней до нескольких месяцев, и индивидуальной, то есть пациент вынужден реагировать именно *этим* образом, именно *этими* органами или именно *этими* соматическими функциями. Такая цепь событий иллюстрирует таинственный скачок от психического к соматическому, о котором говорил Фрейд.

Как с метапсихологической точки зрения можно интерпретировать такую цепь психосоматических событий? Событием, которое вызвало общее движение, является восприятие, которое в опыте индивида имеет значение утраты. Оно вызывает *травматическое состояние*, которое, с одной стороны, будет активировать старые нарциссические раны, а с другой стороны, провоцирует торможение, застывание психического функционирования, в частности, функционирования предсознательного субъекта.

Посмотрим, что же происходит в случае идеального ментального функционирования. Восприятия из внешнего мира преобразовываются в репрезентации и во время бодрствования находятся в предсознании в латентном состоянии. Ночью, во время сна, эти латентные мысли будут захвачены вытесненным бессознательным содержанием и примут участие в формировании сновидений. Именно таким образом то, что воспринимается во время бодрствования, связывается внутри психического аппарата с фантазмами и с бессознательными желаниями субъекта и интегрируется в его инфантильную историю. Впоследствии в этом постоянном дневном и ночном цикле прорабатывается инфантильный невроз субъекта.

У нашего пациента, наоборот, все происходит таким образом, как если бы под влиянием травматического состояния психическое функционирование на короткое время оказалось бы перегруженным и перенасыщенным, потерявшим свою способность к связыванию. Нарциссическая рана влечет за собой кратковременную утрату нарциссического либидо в недрах предсознательного и бессознательного. Но именно это нарциссическое либидо представляет собой энергию, благодаря которой могут осуществляться перемещения между репрезентациями в рамках предсознательного. Вместо временного ослабления работы по связыванию влечений психический аппарат начинает использовать *повторение*, чтобы обуздать избыток травматического возбуждения.

При такой конъюнктуре объектное либидо, не использованное в психическом плане, будет возвращаться назад к своим соматическим истокам. Это как раз то, что называется *механизмом соматической регрессии*.

Фрейд описывал механизм регрессии как возвратное движение либидо к предыдущим позициям, в частности, к предыдущим фазам сексуального развития. Он рассматривал и другие формы регрессии, но его психоаналитические наблюдения не позволили ему их идентифицировать. На основании наших психосоматических наблюдений мы можем с полным правом продолжить регрессионную траекторию либидо, доходя до органов и соматических функций. Следствием процесса соматической регрессии является наложение аномального количества либидо на определенные органы, неизбежно ведущее к физиологической дисфункции.

В заключение необходимо отметить, что процесс соматизации через соматическую регрессию направлен на *сохранение* либидо. Это утверждение крайне важно, поскольку оно позволяет понять, что соматизации, возникающие в результате такого психического движения, обычно протекают мягко, не очень заметно и типично для всех людей. Два фундаментальных параметра участвуют в сохранении либидо. Первый – *количественный параметр*. Степень тяжести нарциссической раны, спровоцированной травматическим состоянием, будет определять консервирующий и обратимый характер либидо. Второй – *параметр времени*. Кратковре-

менность регрессии позволяет либидинальным инвестициям не только сохраниться, но также и реставрироваться. В конечном счете психические условия, определяющие движение соматической регрессии, приводят к тому, что П. Марти называл *иррегулярностью ментального функционирования* у большинства людей.

## **Б) Психосоматическое разъединение влечений**

Здесь мы находимся в совсем другой клинической атмосфере. Если у первой категории пациентов господствовало напряжение и возбуждение, то здесь преобладает *психическое спокойствие*. Пациент, которого мы рассматриваем, развивается, строя свою *оперативную жизнь*. Он не чувствует себя подавленным, но он уже лишен своей индивидуальности, он живет в мире конформизма и делает то, что *должен* делать. Его мышление конкретно и пригвождено к границам настоящего. Его речь лишена аффективного воодушевления и фантазмов, которые обычно поддерживают мышление. Отношения, которые он устанавливает с психоаналитиком, носят функциональный характер по образцу классических медицинских отношений. В общем неспособный к спонтанным ассоциациям или к интроспекции, он ищет у своего собеседника-аналитика советов. Его мировоззрение таково, что он не может предполагать, что другой мо-

жет чем-то отличаться от него самого. Короче говоря, его психическое состояние формируется в процессе медленно-го стирания психических производных, образующих своеобразие индивида. Во время этой эволюции развивается соматическое заболевание. У такого пациента при наступлении травматического события вместо и взамен психической драматизации сразу же отмечаются перемены в его соматическом состоянии.

Уточним характерные черты соматизации, которая появляется в таком контексте. Речь, как правило, идет о злокачественной, тяжелой, усложняющейся, могущей привести к смерти соматизации. Она носит не столь индивидуальный характер, как доброкачественные соматизации, о которых мы только что говорили. Она появляется и развивается не сразу же после начала процесса соматической регрессии. Наоборот, первое время соматизация развивается прогрессивно и незаметно. Она участвует в общем движении разъединения влечений, которое сначала затрагивает психические образования, затем переходит на образования соматические. Именно совокупность этих продолжительных изменений П. Марти и назвал *прогрессивной дезорганизацией*.

# Конец ознакомительного фрагмента.

Текст предоставлен ООО «ЛитРес».

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

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