

А.И. Мелёхин

ПСИХОАНАЛИТИЧЕСКАЯ ПСИХОСОМАТИКА

Идеи Андре Грина:
от теории к практике



12+

Алексей Мелёхин

**Психоаналитическая
психосоматика. Идеи Андре
Грина: от теории к практике**

«Автор»

2022

Мелёхин А. И.

Психоаналитическая психосоматика. Идеи Андре Грина: от теории к практике / А. И. Мелёхин — «Автор», 2022

ISBN 978-5-532-92050-7

В данной книге предпринята попытка проследить вклад современного французского психоаналитика Андре Грина в понимание функционирования психосоматического (соматизирующего) пациента в сравнении, дополнении с Парижской психоаналитической школой психосоматики (П. Марти, М. Фэн, М. де Мюзан). Особое внимание уделяется специфике функционирования не-невротических пациентов (процессам соматизации и расщепления). Рассмотрен вклад Парижской школы в понимание психосоматического функционирования. Показаны точки соприкосновения и расхождения А. Грина и П. Марти. Детализирован экономический подход к пониманию соматизации у пациента. Дифференцированы понятия: истерического, ипохондрического и соматического синдрома, соматического кризиса, негативной галлюцинации тела, белого психоза, фаллического нарциссизма, эссенциальной депрессии в психоаналитической психосоматике. Особое внимание уделяется специфике психоаналитического лечения при психосоматическом коллапсе у пациента.

ISBN 978-5-532-92050-7

© Мелёхин А. И., 2022

© Автор, 2022

Алексей Мелёхин

Психоаналитическая психосоматика.

Идеи Андре Грина: от теории к практике

«У психосоматического пациента психическая активность (подвижность) репрезентаций недостаточна и сводится к роли сопутствующих отношений с внешним объектом, в связи с этим часть направленной энергии субъекта ускользает от умственной работы по обработке и интеграции и может в итоге нарушать телесное функционирование»

Пьер Марти

Невозможно говорить о психосоматике, не принимая во внимание процесс разрушения психического пространства, которое в нем участвует

Андре Грин

«Судьба организации формы влечений, которая применима к психосоматическому функционированию, будет характеризоваться ранним разрывом ее связи с будущим объектом, отсоединением энергетического компонента влечения от объекта, на который оно нацелено, оставляя его на произвол судьбы...»

Андре Грин

«Если кто-то задумается о психосоматике, то поймет, что в работах З. Фрейда есть доля правды. В психосоматике внутренняя деструктивность по отношению к телу развивается из-за неудачи нарциссизма. Это люди, которые не способны защитить себя, заставляя нарциссизм отвергать деструктивность, и поэтому они впадают в психосоматическую деструктивность. Поэтому идея о том, что нарциссизм – это первое сопротивление разрушению, кажется мне интересной»

Андре Грин

Клиническая практика определяет психосоматику как один из способов исследования пространства дementализации

К. Смаджа

ПРЕДИСЛОВИЕ

В современной психиатрии, психотерапии и клинической психологии чаще всего говорят о «психосоматическом», «психосоматозах» примитивизируя данные понятия, в отличие от клинического психоанализа, который делает акцент на «соматопсихическом», «соматизации», «негативной галлюцинации тела» как форме психического функционирования и организации субъекта.

В отличие от медицинского подхода к психосоматике, который рассматривает пациента с начальной точки его или ее болезни, психоаналитический подход начинается с определения процесса соматизации в психическом функционировании пациента. Таким образом, клинические подходы к психосоматическим пациентам могут появиться только через фильтр отношений, которые психоаналитик устанавливает с пациентом.

Мы рассматриваем процесс соматизации как цепочку психических событий, которые способствуют развитию соматической жалобы. Обычно проводится различие между двумя

модальностями процесса соматизации: процессом соматизации через регрессию и процессом соматизации через разрядку. Что противостоит этим двум движениям, так это качество процесса ментализации, из которого они развиваются.

Пациент склонный к частым соматизациям связывает свое тело и внешнюю реальность, подавляя при этом все, что относится к уму. Большая часть психических свойств пациентов склонных к соматизации, особенно с тяжелой соматической дезорганизацией, доступна для клинического и теоретического понимания на основе модели деобъектизирующей функции влечения к смерти. А. Эйзенштен пишет, что «все больше сталкивался с пациентами, которые относятся к своему телу как к чужой стране». Ее фраза приблизила меня к тезису Д. Винникотта, в котором интеграция психики и тела составляет основу истинного «Я». Мимоходом отмечается определенная близость между механическим функционированием и ложным «Я», в частности специфическим комформизмом пациентов склонных к частым соматизациям.

Соматизации является довербальным физическим проявлением психических (нарцисстических) ран у пациента, которые можно понимать как пограничные состояния (по А. Грину), в которых тело действует как движущаяся граница, чтобы защитить себя от вторжения. С помощью психоаналитического лечения и психосоматической регрессии пациент способен взглянуть в лицо своим первоначальным ранам и добиться стойких характерологических изменений. «Излечиться» от стойких и жизнеугрожающих соматизаций означает получить доступ к невербальному материалу, отделенному от психики, и преобразовать его в речь. Это происходит через перенос и контрперенос в анализе, в котором первоначальные раны, вызвавшие расщепление психики и тела, рассматриваются и прорабатываются в отношениях, заживая с течением времени. Также невозможно понять психическое функционирование и проводить эффективное психоаналитическое лечение данных пациентов, если не учитывать работы Парижской психосоматической школы (дефекты в ментализации, опературное мышление, эссенциальная депрессия, соматоз, дезорганизация) и концепции Андре Грина (например, работа негатива, понятие негативной галлюцинации).

В данной книге впервые в России предпринята попытка проследить вклад французского психоаналитика Андре Грина в понимание процесса соматизации и дополнении ряда концепций Парижской психоаналитической школы психосоматики (П. Марти, М. Фэн, М. де Мюзан и др.).

Взгляды А. Грина можно условно разделить на три периода: 1967-1970 г.; с 1980 по конец 1990; 2000-2010 г. Они удивительно обширны, плодотворны и охватывают большое количество тем применительных для психоаналитической психосоматики.

В настоящей работе особое внимание уделяется дифференциации понятий «истерический», «соматический» и «ипохондрический» симптом. Также понятию «соматизация» в психоаналитическом ключе. Представлен цикл соматизации на примере пациента А. Грина с головной болью. Показано, что у не-невротических (пограничных) пациентов расщепление по отношению к внешней стороне состоит из защиты, которая защищает от вторжения со стороны объекта, в то время как то, что происходит по отношению к себе (а не либидинальному телу), что способствует соматизации.

Представлены гипотезы А. Грина насчет психосоматического функционирования (коллапса) пациента. Показаны точки соприкосновения и расхождения А. Грина и П. Марти. Дифференцированы понятия: «первичная» депрессия и эссенциальная депрессия; белый психоз и эссенциальная депрессия. Описано отличие «негативная галлюцинация тела» от «негативной галлюцинации» как формы негатива. Представлена роль объективирующей функции влечения жизни и деобъектизационной функции влечения смерти для понимания соматизации. Детализирован фаллический нарциссизм и его связь с соматизацией. Прослежена связь между форклюдией, дефицитом ментализации и психосоматическим функционированием. С практической точки зрения в книге представлена специфика фрейминг-структуры, психоаналити-

ческий кадра, переноса, контр-переноса и завершение лечения у данной группы пациентов. Сделан акцент на роли негативной галлюцинации как потенциального пространства и работе сновидений.

Книга, которую вы держите в руках – это уникальное, непростое путешествие в психическое функционирование пациентов склонных к частым соматизациям. Из-за специфики стиля изложения, терминологического своеобразия данная книга в первую очередь адресована практикующим клиническим психологам, психоаналитикам и врачам-психотерапевтам работающим с пациентами склонным к психосоматическим коллапсам. Также она будет полезна студентам психологических, психоаналитических и медицинских вузов, интересующихся современным состоянием психосоматической медицины, психоаналитической психосоматики, работами Андре Грина. и Парижской психосоматической школы.

Выражаю искреннюю благодарность за консультации по работам П. Марти и Андре Грина: Клоду Смадже – главному врачу, психиатру, психоаналитику Парижского института психосоматики имени Пьера Марти, тренинг-аналитику Парижского психоаналитического общества. Также Аурелии Ивановне Коротецкой – врачу-психиатру, психоаналитику, проректору Институт психологии и психоанализа на Чистых прудах, члену Парижского психоаналитического общества (SPP).

Алексей Игоревич Мелёхин

Кандидат психологических наук, доцент, клинический психолог высшей квалификационной категории, психоаналитик, сомнолог, когнитивно-поведенческий терапевт, Россия, г. Москва

В психоанализе психика понимается как сущность, протяженная в пространстве (по З. Фрейду, работа 1938 г.), добавим и во времени (хронотопе). Помимо расширения психической деятельности за пределы того, что является сознательным, эта пространственно-временная концепция, означает выход психики из пространства тела. Когда мы говорим о начале психической жизни, мы имеем в виду два тела – младенца и матери (или иной фигуры), первоначально воспринимаемые младенцем как одно (Maniadaakis, Conci, 2021). Таким образом, расширение психики происходит не только из ее телесного происхождения, но и из того, что она согласно Андре Грину – одновременно сама по себе и составляющая часть двойного единства (Green, 2010). Он дополняет, что психика – это результат связи двух тел, одно из которых отсутствует (например, при социальном дистанцировании, утрате и т.п.).

Андре Грин всегда проявлял интерес к телу в психоанализе (например вопросу кожи), соматическим проявлениям у пациентов (например, болевые и кожные проявления, головные боли, болезнь Крона) и, в частности, к работам психоаналитиков из Психосоматической школы в Париже (Пьер Марти, Мишель Фэн, Мишель де М'Юзан, Кристиан Давид, см. рис. 1).

Сразу отмечу, что Андре Грин не говорил о «психосоматических заболеваниях», «психосоматической структуре личности», он использовал понятия: «психосоматика», «психосоматический коллапс», «психосоматический феномен», «соматический коллапс» и «соматизация».



Рис. 1 Исследования (концептуальный аппарат) парижской школы психосоматики П. Марти, которые учитывал в своих работах А. Грин

Андре Грин часто рассказывал своим коллегам про следующий случай: пациент страдал приступами головной боли, которые не копировались обезболивающими препаратами. Также у пациента присутствовали нарушениями конвергенции со стороны зрения, имел проблемы пространственно-временного характера и нарушения ритмов сна-бодрствования. Работал погрущиком. Он испытывал сильную головную боль в тот момент, когда он выражает свое недовольство по поводу своих родителей, которые недостаточно помогали ему в школе, в то время как ее братья были обучены лучше и получили «лучшее» образование, со слов пациента. Подавлял свои жестокие чувства обвинениями в отношении своих родителей, братьев, школьного учителя и коллег, а также в отношении психоаналитика (им был А. Грин) во время сессий.

В ходе анализа Андре Грин делал акцент на установление недостающих связей в разрозненных репрезентациях пациента, и это приводило к тому, что головная боль прекращалась. Тут же А. Грин подчеркивает, что возникновение телесного недуга у пациента является выражением аффективных переживаний. П. Марти также отмечал, что наличие головных болей часто сопровождается чувством вины в связи с недостаточной возможностью превзойти родителей в интеллектуальном плане. Это, по его мнению, приводит пациента к самокастрации собственных интеллектуальных возможностей посредством болезненного торможения своих мыслей, обычно у обоих полов связано с фигурой отца.

В последующем в анализе у А. Грина данный пациент начинает усиливать фантазийную активность и говорит, что у него в голове возникают «странные образы и он боится сойти с ума». Появляются сновидения: «мужчина сидит рядом со мной и показывает на меня пальцем, говоря: ты Сократ!». Пациент не предлагает никаких ассоциаций, но спрашивает психоаналитика: «кто такой Сократ в моем сне?». Андре Грин указывает ему на изменение в позиции: кто-то учитель, и кто-то воспитывает его.

Второй сон на следующем сеансе: «Когда он попытался купить книгу Сократа, продавец, не найдя ни одной, продал ему другую книгу. Он попытался прочитать ее, но у него сильно болели глаза и голова, и он сильно разозлился и ударяет своего сына». Это сновидение отсылает его к «насилию» со стороны отца.

Затем пациент рассказывает Андре Грину следующий сон: «Он очень ясно видит маленького Иисуса с Девой Марией, Иосифом и волхвами, но не хватает осла и коровы». У пациента возникнут ассоциации с его детством, его отношения с матерью у которой были периодические эпизоды депрессии, но которая всегда посылала ему хорошие подарки, чтобы у него было ощущение Рождества. А. Грин уделяет внимание «отсутствию», а точнее что именно отсутствует в сновидении пациента: отсутствию осла, аналитика. Пациент может фантазировать об отсутствии на фоне присутствия объекта. Мы видим, что в анализе преобладают механизмы сгущения, взаимодействие разного рода идентификаций. Как и в сновидении отмечает Андре Грин на пути от фантазии к симптому происходят различные искажения.

Что касается головной боли, то ее основная функция состоит, как и при конверсионных проявлениях в замене «личной» проблемы телесным состоянием. Возникает в таком случае, отмечает А. Грин если вытеснение не способно преодолеть конфликт переноса. (Психо)соматический синдром сопровождается нарушением в восприятии, мышлении, изменяющий первичный процесс и сопоставим с признаками отрицания, с которыми приходится сталкиваться с наблюдаемой реальностью психозов. Психосоматическое заболевание в этом случае следует понимать как проигрывание, внутри нацеленное на тело.

На начальном этапе соматизации у пациента А. Грин устанавливает изменения у него в восприятии и устанавливает следующую цепочку (рис.2).

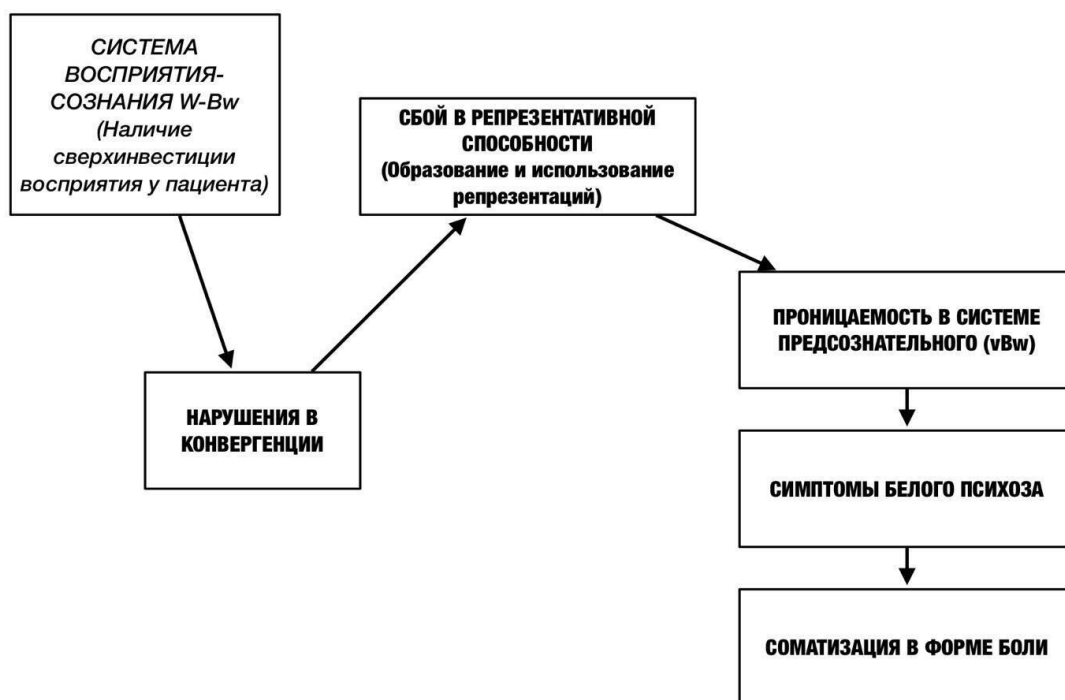


Рис. 2 Цикл соматизации на примере пациента А. Грина с головной болью

Тогда восприятие сопровождается фантазиями, которые полностью неосознанны, но могут нарушить трансформацию результатов восприятия в репрезентацию. Отсюда важность привязки к восприятию у соматизирующего пациента.

Если у пациента симптомы разворачиваются на соматической сцене, то по мнению Андре Грина, нам психоаналитикам это дает возможность наблюдать сверхинвестицию со стороны системы восприятие-сознания (по З. Фрейду, W-Bw), что следует рассматривать как признак нерегулярности психического функционирования за счет проницаемости предсознательного. Речь пойдет об отмене различия между репрезентацией и восприятием (в том числе и внутренним восприятием тела и мышления), поскольку отменяется возможность «воспринимать» эти репрезентации, подобно тому, как восприятие отменяется при негативной галлюцинации. В этом смысле восприятие можно рассматривать как своего рода представление внешней реальности. Но, подчеркивает А. Грин, нет нейтрального отражения, то есть между воспринимаемым образом у пациента и «реальностью» (т.е. окружающим миром) существует разрыв, который называется алекситимией. Напомним, что данное состояние определяется не только как отсутствием слов у пациента для называния аффектов, но и невозможность познания как собственных аффективных состояний, т.е. их осознания, так и других людей. Бессознательный аффект оказывается у данных пациентов отрезан от системы словесных репрезентаций.

А. Грин, с одной стороны, подхватывает работы П. Марти (например, о сравнении психоза и соматоза), но критикует его взгляды о недостаточности или недоступности из-за недостатка репрезентативной способности. Он предлагает: Активное отношение отказ видеть отрицательная (негативная) галлюцинация.

Из-за недостатка в системе пред-сознательного (его проницаемости, vBw- по З. Фрейду) у пациентов А. Грин ставит психосоматические клинические проявления у пациента «лицом к лицу» между сознательной речью и соматической структурой. В этом случае интерпретативная техника в ходе анализа данных пациентов падает в пустоту, потому что болезнь не имеет априорного значения. Действительно, именно пациент, как субъект может придать смысл тому, что происходит внутри него и/или с психоаналитиком.

Цепочка травма (нарцисстическая рана) дезорганизация высвобождение разрушительных сил соматизация, выражает естественную причинность, но она не является смыслом в плане символа.

А. Грин также приводит пример еще одного своего пациента, который находился в постоянной ипохондрической осаде и был вынужден обратиться в отделение неотложной помощи из-за острой боли в животе. Сама боль, по-видимому, возникла, когда психоаналитическое лечение выявило линии психического разлома в обожествлении его матери, спровоцировав психосоматический коллапс, то есть форму репрезентативного коллапса.

Повторюсь, что вопрос о теле и его изменениях в психоанализе представляет собой одну из самых сложных и острых тем начиная с фрейдистского дискурса и, по-видимому, связан, в первую очередь, как с эпистемологической основой теории, относящейся к исследованию предпосылок развития психики (психизма), так и с клиническими исследованиями, касающимися специфики симптомов с участием тела. Интерес еще З. Фрейда в этом отношении находит свои первые упоминания в клинике истерии, а затем определяет ее истинный метапсихологический статус. Также в этом случае центральное место клинической точки зрения является основой спекулятивной перспективы в психоанализе.

В последнее десятилетие девятнадцатого века парадигма психики-тела (сомы) переплетается с этиологической причиной, понимаемой в двойном физическом и психическом смысле. Если, с одной стороны, *sine causa* истерии, отсутствие анатомических повреждений, свидетельствует о несостоятельности «органической» теории как единственной интерпретирующей модели соматического, с другой стороны, именно это истерическое «тело симптомов» инициирует психоаналитическая точка зрения. Исходя из этих предпосылок, размышления о теле проходят через все фрейдистские работы, формулируя вопросы, которые нелегко решить, по сравнению с которыми путь, пройденный З.Фрейдом, сохраняя базовую последовательность,

поднимает многочисленные глубокие вопросы с разных точек зрения некоторых постфрейдистских психоаналитиков.

Экономическая точка зрения на вопрос психосоматического функционирования сегодня часто игнорируется, вероятно, потому что она не отражает семиотические направления, которым сегодня отдает предпочтение психологическое научное сообщество. Это привело некоторых психоаналитиков к поиску причинности биологических механизмов в символике бессознательных призраков, чем занимается нейропсихоанализ сейчас.

Психоаналитические исследования путали свой объект, смешивая психическую часть со сферой телесности и применяя интерпретации, направленные на психическую часть, к соматической части *tout court*, следуя по следам прегенитальных призраков.

А. Грин (1983) отмечал, что экономическая координата (аспект) является неотъемлемой частью психоаналитического дискурса и повседневной клиники. Она является частью метапсихологии, ее следует учитывать в свете современных объектных парадигм, особенно в свете нарциссического вопроса, который как никогда важен в сегодняшних дебатах о соматизации у пациентов. Мы знаем, что психическая экономика реагирует регрессом и дезорганизацией, что следует учитывать при рассмотрении вопроса о психосоматическом функционировании.

ГЛАВА 1. КОНЦЕПЦИЯ ПСИХОСОМАТИЧЕСКОГО КОЛЛАПСА ПО АНДРЕ ГРИНУ

Пьер Марти и психосоматическая школа в Париже

В 1963 году П. Марти Мишель де М'Юзан, Кристиан Давид опубликовали работу «Исследование психосоматики», которую можно считать становлением психосоматики как чисто психоаналитической области. В данной работе выдвинуты новые идеи, такие как эссенциальная депрессия, опературное (механическое) мышление, проективная редупликация, экономическая перспектива, прогрессирующие дезорганизация и др. П. Марти показал, что (психо)соматический пациент объединяет сом(у)тело и внешнюю реальность, отключая способность репрезентировать (Green, 2010).

Первая книга П. Марти «Психосоматическое исследование» (1963 г.), написанная в соавторстве с М'Юзаном и К. Давидом, предложила идеи о том, что пациент «отделяется» от своего бессознательного, которое затем замораживается в соматических формах.

Психосоматический пациент воспринимает жизнь в количественном, а не качественном смысле, в котором отсутствует достаточное количество двигательных (проблемно-ориентированных) ценностей. Это понятие связано с проективной редупликацией, которая, по сути, соответствует стереотипу или социальным стандартам, будучи при этом психически обедненной.

З. Фрейд предлагает психоаналитическому размышлению широкий спектр идей, касающихся «клиники тела», в частности, в отношении модели истерии, актуальных неврозов, соматических заболеваний, а также ипохондрии. Каждая из этих психопатологических форм излагает «общую теорию психосомы», не понимаемую ни в радикально дуалистическом смысле (как утверждает западная биомедицинская культура), ни в направлении монизма, то есть ассимиляции двух терминов, психики и сомы, так что одно накладывается на другое и наоборот. Из этого следует, как утверждает А. Грин в своем переосмыслении корпуса идей З. Фрейда, что психика и сома обладают различием в структуре, а не в сущности (Green, Chiozza, 1989). Изложенная теоретическая гипотеза определяет важное определение в «дуализме воссоединения»: следовательно, «воссоединенный» дуализм, который подразумевает отношения между разумом и телом, которые могут быть включены в процесс функционирования психики (*psychisme*, – понятие французских психоаналитиков), систему репрезентаций, которые управляют процессами символизации, начиная с тела на разных уровнях сложности. В этом смысле

говорить о «телесном опыте» означает принимать во внимание обе эти полярности, вовлеченные в непрерывные и взаимные отношения, в которых элементы, происходящие из органического фона, подвержены преобразованиям в психическом смысле, или, наоборот, компоненты психизма подвержены «падению» в тело, делая себя невоспринимаемыми в мысленном взоре. Судьба этой динамической сложности зависит от организации психического аппарата пациента и его изменчивой способности выполнять те требования внутренней работы, которые предъявляются его собственной связью со сферой тела (Dejours, 1986).

Одно из наиболее плодотворных проявлений выделенных следов З. Фрейда исследуется примерно в начале 1960-х годов во франкоязычном контексте: Пьер Марти, который в сотрудничестве с М. Феном, де М'Юзаном основали Психосоматическую школу в Париже.

В центре внимания их исследований находится соматическое заболевание (чаще всего это были онкологические заболевания), или, скорее, соматический симптом в его взаимосвязи с психикой. Это не может быть понято как «отломанный кусок сам по себе», скорее это ставит под сомнение тело в его целостности и в его тесных связях с психической спецификой субъекта: «Следовательно, психосоматическими являются человеческие индивиды, а не болезни» (Debray, 2002). Следовательно, при отсутствии единого видения человека никакое диагностическое, прогностическое или психоаналитическое лечение невозможно.

Соматический симптом имеет свою собственную специфику, он не является ни символическим, как истерический, ни непосредственно интерпретируемым с помощью психоаналитического аппарата. Это отсылает к размышлениям З. Фрейда (работы 1894, 1895) о актуальных неврозах: «психический аппарат, который обычно получает соматический стимул, чтобы связать и разработать его со своими собственными способами функционирования, не обнаруживает возбуждения тела, поскольку это на соматической почве». Таким образом, при столкновении с инородным телом, которое субъект не в состоянии ощутить, возникает дефицит в психическом функционировании. Имея это в виду, Парижская школа подчеркнула важность функции ментализации телесного опыта.

В психосоматической модели это эквивалентно исследованию широты психической символизации, исходя из предположения, что именно качество психического функционирования гарантирует целостность соматического функционирования.

По сути, соматический симптом, исключенный из какой-либо разработки, помещается «топически вне психики», вне бессознательного (как психической системы, *uBw*, хотя и глубоко расширенной) и, в конечном счете, вне области ментализации телесной сферы.

Психосоматические исследования в психоанализе, в соответствии с перспективой, предложенной П. Марти (1980), представляют некоторые теоретические предпосылки, которые полезно еще раз напомнить. Прежде всего, предполагается, что отношения между телом и разумом разыгрываются по всей диахронической дуге жизни субъекта и что подразумевает действие жизненных побуждений, стремление к организации, с одной стороны, и дезорганизацию, вызванной влечением к смерти, с другой. Эта концепция развития далека от линейной, поскольку она представляет собой прогрессивную классификацию организации функций субъекта. Благодаря определению «множественных эволюционных цепей», соматических и психических, формируются многочисленные процессы иерархизации. В этом смысле модель оральных, анальных, уретральных и генитальных влечений, описанная З. Фрейдом в 1905 году, интегрируется с тем, что П. Марти в 1980 году определяет как «эволюционный процесс», так что прогрессивные движения развития включают психосексуальные фазы, укрепляя «центральную эволюционную цепь» вдоль ментальной оси включая (психо)сексуальность. С другой стороны, регрессивные тенденции идут в противоположном направлении, которые, хотя и вездесущи в жизни пациента, характеризуются воздействием, которое они, вероятно, вызовут со стороны общей организации, в свою очередь поддерживаемой совокупностью точек фиксации. Они могут быть посеяны вдоль ментальной оси (центральная эволюционная цепь) или вдоль

соматических линий развития и учитывать точки согласованности с переменной множественностью.

Когда регрессивная тенденция активируется, движимая травмирующим событием (или ситуацией), она движется назад, истощая достижения развития, пока не найдет точку фиксации у пациента, расположенную на ментальной или физической оси, достаточно прочную и подходящую для остановки, сдерживания и, возможно, возобновления ее в смысле реорганизации системы. Клинически, если инволюционное движение остановлено точкой фиксации, локализованной на психической линии, в которой наиболее актуальные защиты достаточно сильны, вероятно, что активируются некоторые симптомы психической природы; с другой стороны, «соматическое решение» может появиться в случае, когда фиксация устанавливается вдоль физической траектории. В самом крайнем случае и при отсутствии ментальных и соматических фиксаций регрессивное движение теоретически может привести к смерти (Marty, 1976).

П. Марти вводит, в частности, две новые нозографические категории, полезные для психосоматического подхода, которые должны быть размещены рядом с классическими категориями «хорошо» ментализованных неврозов и психозов:

Поведенческий невроз характеризуется хрупкостью психических защит и отсутствием достаточно структурированного внутреннего психического измерения, так что его функционирование регулируется прежде всего с точки зрения обращения к действиям, направленным на отказ от того, что психика не способна переработать. В связи с этим мы находим во фрейдистском тексте от 1913 года размышления об агировании в противовес процессам символизации, которые подразумевают запоминание и ментализацию. Что касается соматического симптома то А. Грин (1973) расширяет размышления: то, что исключается из психизма (или то, что вообще не может быть включено), – это не только психическое представление (репрезентация), но и нечто в порядке аффекта. У психосоматических пациентов, на самом деле, именно это не находит никакой репрезентативности, что делает переживание невозможным: это вторжение, которое должно быть изгнано из психической реальности. Соматический кризис психосоматики представляет собой подлинное разыгрывание. Внешнее действие, ориентированное на внутреннее – отмечает А. Грин и направленное на «ликвидацию», «замораживание» психического функционирования. Аффект у пациента в этом случае не только бессознательный, но и исключенный, таким образом, становится сущностью соматизации. Разыгрываемое изгнание аффекта на нелибидинальном, чисто «биологическом» теле пациента принимает направление «внутри», соотносимое с «действием внутри» (Green, 1974), следовательно, является способом эвакуации аффектов в тело.

Невроза характера. Его патогномическая черта определяется нестабильностью психического функционирования с течением времени, при наличии большого количества точек фиксации, но не наделенных постоянной прочностью ни на ментальной оси, ни на соматической. Эта неправильность квалифицирует невроз характера как гетерогенную нозографическую категорию, которую можно поместить между двумя крайностями: если, с одной стороны, есть патологии, организованные «в позитивном» (ментализованные), а с другой – «в негативном» (характеризующиеся дефицитом психической обработки), эта нозографическая картина может быть расположенным в середине континуума, или, скорее, на пределе. Эта конкретная локализация включает в себя полиморфный симптоматический аспект (по П. Марти, 1980).

Рассмотрение психической организации, в соответствии с перспективой, предложенной П. Марти, идет параллельно с особым вниманием, уделяемым психосоматической экономической координате и общему балансу психизма. В этом смысле соматический симптом предстает как реальный регулятор гомеостаза в специфической психической динамике субъекта. Эти равновесия определяются на основе четырех различных фундаментальных экономических систем, которые формулируют состояние эволюционных и инволюционных механизмов пациента:

Существуют «очевидные неорганизованности», типичные для поведенчески организованных невротических пациентов, которые регистрируют тип регрессии, который устанавливается до тех пор, пока не произойдет важных изменений во внешней реальности;

«Прогрессирующая дезорганизация», которая может характеризовать как невроз поведения и характера, навязывающий быстрые или медленные инволюционные движения, сопровождающиеся страхами, которые могут заставить нас психоаналитиков думать о кажущихся фазах выздоровления, но в которых точки фиксации не могут остановить дезорганизацию на любом уровне, так что переход от одной соматической симптоматики к другой, подобно прогрессирующему ухудшению общих симптомов (Debray, 2002);

«Полная» и «частичная» регрессия, обе из которых могут проявляться в любой психической структуре (психотической, невротической или «психосоматической»), которые, однако, представляют положительную психическую симптоматику, такую как чтобы иметь возможность остановить соматическую дезорганизацию и санкционировать реорганизацию системы психического функционирования.

Только регулярная организация активной психической патологии может рассматриваться как гарантия перед лицом рисков прогрессирующей дезорганизации, по мнению П. Марти (Marty, 1980). Отсутствие симптомов в «позитивном» смысле грозит резко «негативными» последствиями, особенно в отношении конкретного случая или когда процесс «прогрессирующей дезорганизации» приклеивается к неврозу характера. В этом случае потеря приобретений в процессе развития, прогрессирующее «вычитание» психических элементов, обострение соматических симптомов могут привести к девитализированным состояниям существования, формируя особую депрессивную фабулу, так называемую эссенциальную депрессию, характеризующуюся чистым состоянием, без симптоматической окраски, без положительного экономического аналога, картина, составленная из «функций в минус, без функций в плюс» (по П.Марти). Без тоски и печали, без каких-либо самообвинений, без чувства вины или бреда неполноценности, типичного для более «ментализованной» меланхолии, такой как те, которые описаны, например З. Фрейдом и К. Абрахамом: у пациента проявляется смутное, трудно описуемое ощущение усталости.

Патология с существенными очертаниями вращается вокруг «пустоты», ничто, которое отменяет восприятие собственной жизни, а также наиболее продвинутых структур ментализации (например, символизм, ассоциативные связи, сны, абстрактное мышление, аффективная тональность дискурса, метафоры).

Функционирование пациента в окружающей реальности в этом случае не прекращается, а выглядит просто обедненным, механическим, «оперативным» и привязанным к «миру фактов», конформизму.

Чем больше исчезает «Я», тем больше соматических нарушений у пациента может усугубиться, значение которых почти всегда отрицательно «здесь» (в плоскости настоящего), поскольку они обозначают наличие влечения к смерти (Marty, 1980).

П. Марти добавляет, что без желаний и без удовольствия, но подверженный нарциссическим ранам и соматизации, пациент в состоянии оперативной жизни часто психоаналитика наводит на мысль об образе жизни живого мертвеца (по Marty, 1980). Таким образом, внутренняя (психическая) смерть у такого пациента является признаком «молчаливого действия влечения к смерти», которое разрушают организм изнутри и деструктивно подчиняют его функциональные связи и иерархии систем организма, в то время как «поле жизни» остается покрытым единственными функциями в состоянии автоматизации, число которых равно постепенно уменьшается (Marty, 1980). В крайних случаях прогрессирующая инволюция приводит к выраженной соматизации (например, частые болезни, реже к смерти пациента), когда принцип автоматизации или раздельного функционирования каждой системы уступает

на уровне всех психосоматических функций, включая «первичные» ядра бессознательного (Marty, 1980)

Экономический подход к вопросу соматизации

С точки зрения дефицита символической функции при в «психосоматическом» функционировании по П. Марти (1980), есть также вклад Андре Грина (Green, Chiozza, 1989; Green, 1973), который рассматривает соматический симптом как лишенный всякого смысла и, что еще более радикально, соматическое заболевание вне поля влияния «классического» психоанализа, акцентируя свое внимание на трудно определяемом диагностическом категории предельных состояний, особенность которых заключается в значительном недостатке в психической организации и структурирования. Отсутствие положительной симптоматической продукции в этих «неопределенных состояниях», а также при «психосоматозе», а точнее сказать соматозе (франц., *somatose*, по П. Марти или психосоматической дезорганизации), указывает на общую «эгоистичность», хрупкость, трудность «Я» (иногда и его неспособность) выправлять репрезентативные образования и их аффективные компоненты у пациента.

Чтобы нам двигаться дальше в понимании «психосоматического функционирования», необходимо сместить фокус с этого «дефекта» Я на границу между психическим и соматическим, на грань их контакта или отчуждения. Действительно, концепция предела, как утверждает А. Грин (1976), состоит из подвижной и колеблющейся границы как в норме, так и в патологии. Это может быть фундаментальной концепцией в «современном» психоанализе. Речь идет не о том, чтобы переформулировать его в терминах образного представления, а скорее в терминах трансформации психической энергии и символизации (силы и значения).

Распространение идеи А. Грина на «психосоматозы» (соматозы по П. Марти) может оказаться полезным при указании на «пограничные состояния» между психикой и телом, поскольку и здесь мы обнаруживаем особую неопределенность клинических картин, а также значительную дисквалификацию психического пространства. Общим знаменателем является именно «пустота», которая оседает во внутренней психической реальности пациента, не оставляя ничего, кроме «белого», «чистого», «пустого» в функционировании мысли, явного признака ее отсутствия. Что отличает негативность, распространяющуюся на эту пограничную патологию, так это влечение смерти, в определенном смысле негативное по преимуществу в психоанализе, направленное на разрушение своего «собственного органического дома» (см. работу Фрейда, 1932 года).

При пограничных состояниях по Андре Грину «молча» выполняется работа негатива, далекая от «звуков ненависти». Эта работа состоит, скорее, в том, чтобы выжигать психические структуры, разрушать их связи, следовать определенной траектории антисимволизации, в соответствии с его естественной склонностью к инерции (см. работы А. Грина, 1966-1967; 1993).

Негатив (по А. Грину) – это не только вычитание элементов в психической реальности пациента как это принято считать в психиатрии, он предполагает свой собственный статус, сильную концентрацию на «Я» агентах, способных атаковать и ослаблять «Я» (Green, 1993). Эти последствия для организма пациента потенциально представляют собой гораздо более серьезную драму, чем та, которая характеризует патологии, «положительно» организованные. А. Грин пишет, что «существует связь между этим психическим снижением и жизненным риском, которому подвергается пациент. Здесь смерть не только психическая, кажется, что она наступает в конце внутренней дезорганизации. Если психическое функционирование иногда может провалиться в «бездонную яму», это говорит об отсутствии «фундаментального» внутреннего объекта, и не только его имаго, но и той же реляционной функции, которая организует связи между различными проявлениями психики».

А. Грин (1967) предлагает метапсихологическое переосмысление «первичного» нарциссизма, помещая его между влечением к жизни (Эросом) и смерти (Танатосом). В соответствии с З. Фрейдом (см. работы 1910, 1914), как момент встречи частичных влечений, до сих пор аутоэротических, который знаменует рождение «Я», легко возникает концептуальная конвергенция с Эросом, который стремится к еще большему синтезу (Фрейд, 1920). Но единый Эрос «нарциссизм жизни» может иметь только «перевернутого двойника» (Green, 1976), так что он сопровождается «нарциссизмом смерти». Этот негативный аналог состоит в антилибидном факторе влечения к смерти, которое направлено на то, чтобы заставить «замолчать» Эрос (влечение к жизни), подталкивая к неорганической жизни. Более того, это логическое концептуальное завершение можно найти в работах З. Фрейда относительно «абсолютного» первичного нарциссизма (см. Фрейд, 1932), понимаемого как продолжение внутриутробной жизни, которая продолжается в первичных отношениях до отлучения от груди, и даже дальше, как подчеркивалось, с принципом инерции ребенка.

В «Наброске психологии» (Фрейд, 1895), в котором постулировалась тенденция нервной системы оставаться без стимулов благодаря прямой и мгновенной разрядке возбуждений. Это первичное стремление, переопределенное З. Фрейдом в 1920 году как «принцип Нирваны», модифицируется действием реальности (и объекта, который генерирует стимулы); изменение заключается в принципе постоянства, попытке психического аппарата поддерживать уровень возбуждений как можно ниже: «это это вторичная модернизация, обусловленная необходимостью поддержания минимального объема инвестиций, которая подчиняется постоянству» (цитата по работам А. Грин, 1966-1967 гг). Таким образом, вторичная функция позволяет психической системе сохранить минимальные инвестиции. Таким образом, само «Я», с экономической точки зрения, является продуктом относительно постоянных инвестиций, состоящих из своего рода «энергетического резерва».

Экономическая перспектива в вопросе психосоматического функционирования по сей день является актуальной. Возникает вопрос, что является источником первичных инвестиций?

З. Фрейд предлагает решение этого вопроса сначала в инстанции «Я» (1914), затем в «Оно» (1932), затем снова в «Я», исходя из предположения, что это только часть «Оно», измененная действием реальности. Однако, согласно А. Грину (работы 1966-1967 гг), происхождение первичных инвестиций может быть только внешним и относиться к первичному объекту. Весь инвестиционный процесс существует только потому, что мать (значимый другой) инвестирует в своего ребенка. Таким образом, внутри общего и примитивного «Оно» существуют эти две полярности, мать и ребенок, между которыми устанавливается поток инвестиций, самым простым экономическим способом, подчеркивает А. Грин. В то время как З. Фрейд теоретизирует фундаментальное отсутствие объекта в процессе аутоэротизма (а затем и нарциссизма), А. Грин включает его скрытое присутствие. Одновременность между двумя событиями – потерей объекта и общим восприятием объекта – предшествует аутоэротической закрытости младенца. Он переосмысливает инфантильную сексуальность по отношению к фигуре объекта, связывая ее с превратностями интроекции, т.е. происходит переход от объекта удовлетворения к «внешнему», к поиску объекта удовлетворения, если не действительно «к внутреннему», по крайней мере, в собственном теле ребенка. Следовательно, аутоэротическое влечение – это влечение, способное удовлетворять себя как в отсутствие, так и в присутствии объекта, но независимо от него. Но именно исчезновение первичного объекта играет фундаментальную роль в формировании «Я» младенца. Мы знаем, что мать из значимой фигуры и центра мира ребенка превращается в структурный фонд для психики.

Первичный объект существует и не существует в том смысле, что именно в его отсутствии структурирует психику. А. Грин по этому поводу пишет, что сам нарциссизм – это не что иное, как принадлежность, за которой всегда скрывается тень невидимого объекта (Green,

1976). Интроекция материнской фигуры конституируется как обрамляющая структура детской психики, как матрица будущих идентификаций субъекта (по А. Грину, 1966-67). Так же как исходный фон психического пространства, под нарциссической структурой которого она составляет основу.

Невидимость фундаментальна: она, по сути, подвергается дальнейшему процессу «отмены», например, чтобы позволить возникающей эгоистической инстанции установить автархический режим в порядке самодостаточности. Это негативная галлюцинация (по А. Грину) тотального материнского образа, который растворяется в репрезентативном пространстве субъекта. Эта негативизация позволяет сформироваться нарциссизму «Я», последствия которого полны смысла: первичные инвестиции, усвоенные как основа психизма, направлены на «Я», составляя его энергетическую ткань относительно постоянным образом. Либидинизированное «Я» испытывает автархическую иллюзию, мечту о самодостаточности. Однако, чтобы произошла эта первичная интроекция, любовь к объекту должна быть достаточно надежной, чтобы играть роль контейнера в репрезентативном пространстве (Green, 1980) А. Грин пишет, что «она должна быть там, чтобы от нее отреклись» (Green, 1976). То, что составляет фон, вслед за механизмами негативных галлюцинаций, представляет собой «пустое поле», «белое», способное быть заполненным любым типом фантазии, как в порядке деструктивной, так и в эротическом плане. И, прежде всего, эта пустота никогда не должна ощущаться субъектом, потому что либидо инвестировало психическое пространство и играет роль изначальной матрицы для будущих инвестиций. Например, в других людей для построения отношений (Green, 1980).

Пустота здесь – это жизненное пространство и чистый холст, который, если он сопротивляется, становится гарантией творчества субъекта; но, если превратности интернализации подвергаются осложнениям, которые делают психическую организацию внутреннее нестабильной, плохо защищенной с наличием нарциссических недостатков и ран в «Я». Если объект не растворяется на заднем плане, если объектное либидо не становится нарциссическим либидо – другими словами, если нарциссизм жизни превращается в нарциссизм смерти, то разрушение объекта может принять рефлекторную форму саморазрушения (Green, 1976). В этом случае объект слишком присутствует, слишком травмирует, поглощая и вычитая необходимые инвестиции из экономики «Я» пациента. И этот процесс отражается на переживании тела. Если интроекция не происходит, нарциссическое движение свертывания не проникает внутрь психической организации. Тогда объект может оставаться на пределе тела. По этому поводу А. Грин пишет, что ипохондрический объект вырезается на теле телесного либидо психического вложения, предназначенного для Я (работы А. Грина, 1966-1967).

«Орган ипохондрии» дан в негативной форме аутоэротизма, поскольку негативная галлюцинация не смогла отодвинуть объект на задний план. Таким образом, (внутренний) объект отсутствует, а на его место помещается болезненное тело, которое необходимо контролировать, тщательно изучать, наблюдать за собой. Но патологический процесс может выйти далеко за рамки этой ипохондрической формы. Например объект, который слишком разочаровывает, который ожидает удовлетворения, который лечит без любви, который вмешивается, когда «Я» младенца превысило свои возможности ожидания, может спровоцировать настойчивое и постоянное присутствие психотических тревог (Green, 1979) и путь к соматозу может открыться сам по себе. Таким образом, регрессия протекает в обратном направлении при отсутствии психической границы, способной ее сдержать. Мы сталкиваемся с так называемым «слабоумием» в сфере соматического (Green, 1979), полным решимости уничтожить себя изнутри.

Некоторые отсылки на пограничные состояния, описанные А. Грином, могут стать полезным вкладом в понимание психосоматического вопроса в соответствии с пониманием функционирования опературного мышления у данных пациентов.

В пограничных (предельных) состояниях мы с определенной регулярностью обнаруживаем нарциссическую ошибку, ставкой которой является не столько динамика влечений, сколько отношения с «объектом-травмой», занимающим видное место в психической экономике пациента. Психическая организация таких пациентов находится как бы на полпути: ни психотическая, ни невротическая, т.е. «ни да, ни нет» (Green, 1976). Результатом является тип психической организации, который стремится создать защитную нарциссическую броню и предотвратить травму, но ценой «унизительного склероза», «аналгезии», которые подрывают удовольствие от жизни (Green, 1979), вызывая разрывы как между пациентом и окружающей реальностью, так и внутри него самого. В то время как «Я» пациента остается лишенным сплоченности и согласованности под ударами расщепления. Конфигурация отношений с другими людьми, которая объединяет его со своим объектом, принимает особые формы. Под этим нарциссическим уходом, без ведома субъекта, «Я» возвращает объект обратно в свою сеть, меняя направление инвестиций. Нарциссический объект угрожает самому эгоистическому существованию, «Я» рискует раствориться в другом, слишком присутствующем. Пациент будет зажат между тревогой разлуки (потери, ухода), что означает потерю объекта, и тревогой вторжения. Здесь проявляются два лика объекта (двуликий Янус), т.е. расщепление объекта (а также его всемогущество), которое делает его очень хорошим или очень плохим, никогда не цельным и никогда «хорошим» или «плохим» одновременно.

Напомню, что пациент с изменениями в нарциссической организации демонстрирует расплывчатость эдиповой триангуляции, в то время как то, что составляет ее сущность, кажется скорее би-триангуляцией (Green, 1974), архаичной на фантастическом уровне. Фактически, расщепленный нарциссический объект опирается на разрез, один с этой стороны, а другой с другой, один по другую сторону границы. Чего не хватает? Наличия интроекции отношений с объектом, который достаточно стабилен, поскольку он не может быть перенесен на личный уровень или, во всяком случае, не может оставаться там надолго. Эти конфигурации отношений вызывают последствия на уровне формирования способности мыслить, поскольку он никогда не отсутствует, этот объект не может быть мыслимым, так что в психическое пространство вторгается 1) «совершенный» объект, но недоступный (а также подверженный потере), и 2) «преследуемый» объект, который, будучи изгнан вовне, рискует вернуться в реальность, мобилизуя целую серию защитных контринвестиций, которые истощают ресурсы «Я» у пациента.

Недоступность объекта ведет к депрессии у пациента, агрессивное присутствие к бредовым проявлениям по Андре Грину. Таковы декорации двух тенденций в предельных состояниях. Эти отсылки на пограничные состояния ставят под сомнение само формирование мышления, подразумевая «паралич мышления», который выражается в негативной ипохондрии тела, особенно в плане ощущений в голове: впечатление пустой головы, дыры в умственной деятельности», в конечном счете, отсутствие мысли. Это то, что А. Грин называет белым психозом, по-видимому, бессимптомным или, скорее, симптоматически негативным.

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.