

Текст взят с психологического сайта <http://www.myword.ru>

*На данный момент в библиотеке MyWord.ru опубликовано более 2000 книг по психологии. Библиотека постоянно пополняется. Учитесь учиться.*

*Удачи! Да и пребудет с Вами.... :)*

Сайт www.MyWord.ru является помещением библиотеки и, на основании Федерального закона Российской Федерации "Об авторском и смежных правах" (в ред. Федеральных законов от 19.07.1995 N 110-ФЗ, от 20.07.2004 N 72-ФЗ), копирование, сохранение на жестком диске или иной способ сохранения произведений размещенных в данной библиотеке, в архивированном виде, категорически запрещен.

Данный файл взят из открытых источников. Вы обязаны были получить разрешение на скачивание данного файла у правообладателей данного файла или их представителей. И, если вы не сделали этого, Вы несете всю ответственность, согласно действующему законодательству РФ. Администрация сайта не несет никакой ответственности за Ваши действия./

**Psychologie pathologique  
theorique et clinique**

*Sous la direction de J. BERGERET*

Professeur a l'universite Lyon-II

*Avec la collaboration de*

A. BÈCACH, J.-J. BQULANGER,

J.-P. CHARTIER, P. DUBOR,

M. HOUSER ET J.-J. LUSTIN

Charges de cours a l'universite Lyon-II

*Preface de D. WIDLOCHER*

Professeur au CHU Pitie-Salpetriere

*8<sup>e</sup> edition*

**MASSON**

Paris 2000

*К 250-летию Московского университета*



**Серия  
«КЛАССИЧЕСКИЙ  
УНИВЕРСИТЕТСКИЙ УЧЕБНИК»  
Выпуск 7  
Психоаналитическая патопсихология  
теория и клиника  
*Под редакцией*  
**Ж. БЕРЖЕРЕ****

профессора университета Лион-2  
**А. БЕКАШ, Ж.-Ж. БУЛАНЖЕ,  
П. ДЮБОР, Ж.-Ж. ЛЮСТЕН,  
М. УЗЕР, Ж.-П. ШАРТЬЕ**

*Перевод с французского доктора психологических наук, профессора*  
**А. Ш. ТХОСТОВА**

*Рекомендовано Советом Учебно-методических объединений России по классическому университетскому образованию в качестве учебного пособия для студентов высших учебных заведений, обучающихся по направлению и специальностям «Психология», «Клиническая психология».*

**Московский государственный университет им. М.В. Ломоносова  
Москва 2001**

*Председатель редакционного совета и основатель серии*

*«Классический университетский учебник»*

*президент Российского союза ректоров*

*ректор МГУ, академик В.А. Садовничий.*

**Ж. Бержере. Психоаналитическая патопсихология:** теория и клиника/Пер. с фр. д-ра психол. наук, проф. А. Ш. Тхостова. Серия «Классический университетский учебник». Вып. 7— М: МГУ им. М. В. Ломоносова, 2001.— 400 с.

Б48

Впервые на русском языке представлено классическое университетское учебное руководство по патопсихологии, выдержавшее только во Франции 8 изданий и переведенное на итальянский, испанский и португальский языки. Эта книга давно стала базовым учебником для психологов во многих университетах Европы и в большинстве университетов Южной Америки. Уникальное сочетание клинического подхода и классического психоанализа делает настоящее издание незаменимым для использования как практикующими психиатрами, психологами и социальными работниками-миГтак и для студентов университетов, обучающихся по специальностям «Психология», «Клиническая психология».

ISBN 5-9217-0015-0

*Общая редакция*

Ю. П. Зинченко

*Редактор Н. А. Леонтьева Компьютерная верстка и макет С. Л. Зорабов*

Сдано в набор 10.05.2001. Подписано в печать 08.11.2001. Формат 60x90 1/16,

Бумага офсетная. Печать офсетная. Псч. л. 25. Тираж 3000 экз.

Типография ордена «Знак Почета» издательства МГУ.

Москва, Воробьевы горы.

© Masson, 2000.

© МГУ им. М.В.Ломоносова, 2001.

ISBN 5-9217-0015-0

© А.Ш.Тхостов, перевод, 2001.

## ПРЕДИСЛОВИЕ К ПЕРВОМУ ФРАНЦУЗСКОМУ ИЗДАНИЮ

Патопсихология многим обязана психоанализу. Невозможно более изучать психические болезни, рассматривая поведение без учета психодинамической точки зрения: оно стремится к реализации определенной задачи и подвергается двойной системе принуждения, содержащейся в самом организме, с необходимостью разобщенном в своих поисках невозможной завершенности, в мире, противодействующем этим поискам или предлагающем ему свои собственные пути. Так, влечение и конфликт ясно проявляются как необходимые базовые понятия данной точки зрения.

Удивительно, что потребовалось дожидаться появления психоанализа, чтобы осознать это. Не относятся ли данные понятия неявным образом к психологии здравого смысла и ее буквальному выражению? Они объясняют обыденные поступки и направляют наши действия по отношению к другим. И, без сомнения, именно их банальностью вызвано отсутствие к ним интереса со стороны психиатров. Кроме того, всегда казалось поразительным и неправдоподобным, что эти принципы, управляющие нормальным поведением, могут объяснить патологию, ее нелогичность и ее постоянство.

Фрейдовское понятие динамического бессознательного позволяет сократить этот разрыв: абсурдное поведение, симптом имеют смысл, скрытый в некотором удаленном пределе. Это открытие позволяет использовать то, что известно из исследования влечений и конфликтов. Сколь же многочисленны психиатры, извлекающие из психоанализа приносимый им дополнительный смысл; они ожидают от психоаналитика, что он интерпретирует скрытое значение симптома, а также расширит область психологического понимания без претензии на объяснение болезни. И успех, который психоанализ снискал среди широкой публики и в многочисленных областях гуманитарных наук или литературе, в значительной степени обеспечен этой провидческой способностью. Наука о бессознательном зачаровывает, поскольку позволяет понять нечто лучше, чем это сделала бы интуиция здравого смысла. Но запоминается право интерпретации, и оно применяется к любому материалу. Забывается, что аналитическая интерпретация подтверждается или ее эффектом, или предсказательной способностью и что рискованно расширять ее применение за границы области лечения без уточнения системы подтверждения, на которую она могла бы сослаться.

Психоаналитическая психопатология не совпадает с этим расширенным пониманием интерпретации. Совокупность частных интерпретаций, сделанных по поводу клинического случая, не подводит психопато-

логического итога. Недостаточно собрать гипотезы по поводу значения симптомов, намерений и поведения. Куда более радикально то, что психоанализ модифицировал динамическую точку зрения, чтобы применить ее к патологии. Побудительные силы человека организованы не случайно, а системно, внутренние конфликты выражают несовместимость между отдельными личностными структурами. Более того, эта организация не дана сразу, она рождается и развивается по ходу истории субъекта в соответствии с конфликтами, с необходимостью маркирующими этапы этой истории. Благодаря выбранному ими плану авторы данной книги ясно показывают, что эти структурные и генетические перспективы имеют фундаментальный характер и их изучение должно предшествовать изучению различных форм патологической организации. То, что называется в психоанализе метапсихологией, не только предоставляет возможность иметь теоретическую модель, но и позволяет создать целиком новую (защитные образования, законы первичных процессов, производные бессознательного) и ясную семиологию конкретных значений. Ее знание абсолютно необходимо клиницисту, а ее применение вне области лечебного процесса еще более обоснованно.

Было бы абсурдным противопоставлять два метода. Что можно сказать о хирурге, который отказывается от любой диагностики и любой патофизиологической гипотезы, ограничиваясь исправлением аномалий, позволяющих ему видеть операционное поле? В процессе лечения мета-психологические ссылки затушевываются, чтобы освободить место изучению частных проявлений. Но их использование по-новому проясняет клиническое наблюдение и некоторые из его частных вариантов, как, например, проективная ситуация.

Ж. Бержере и его коллеги обладают всеми необходимыми качествами, чтобы ввести клиницистов, психиатров и психологов в эту современную психопатологию. Практики и преподаватели, они на протяжении долгого времени были объединены для задач клинического исследования и обучения. Отсюда эта цельность работы, этот одинаково высокий уровень демонстрации того, как теоретические модели позволяют прояснить подлинную семиологию и лучше понять традиционные клинические синдромы. Педагогический же смысл весьма важен: психоаналитическая психопатология еще может развиваться. Она образует одно из плодородных полей исследований в общей психопатологии, и только продолжающийся прогресс в этой области обезопасит нас от возвращения к недалевидному эмпиризму и догматизму.

*Даниель Видлешер,*

*профессор Медицинского университетского центра*

*Питье-Сальпетриер, Париж,*

*президент Международной психоаналитической ассоциации*

## ОГЛАВЛЕНИЕ

Введение .....	13
<i>Часть первая ТЕОРИЯ</i>	
<b>1. Генетический аспект. М.Узер .....</b>	<b>17</b>
Введение .....	17
Пре- и неонатальное влияние.....	18
Прегенитальные стадии .....	20
Оральная стадия .....	20
Анальная стадия .....	26
Фаллическая стадия .....	31
Нарциссизм и генитальность (или сексуальное и нарциссическое) .....	39
Проблема фаллоса .....	40
Проблема нарциссизма.....	41
Фаллическая «стадия» .....	42
Идеал-«Я» и Идеал-«Себя» .....,.....	43
Депрессия .....	44
Замечания терапевтического порядка.....	46
Генитальные стадии .....	47
Комплекс Эдипа .....	47
Латентный период .....	58
Пубертат .....	60

<b>2. Метапсихологический аспект. Ж. Ж. Буланже</b> .....	67
Метапсихологический подход .....	67
Топологическая точка зрения .....	70
Первая топка .....	71
Вторая топка .....	75
Экономическая точка зрения .....	79
Введение в учение о влечениях .....	85
Теория влечений .....	89
Теория страха.....	99
Сновидения, грезы, фантазмы.....	104
По ту сторону Фрейда:	
другие концептуализации .....	111
<b>3. Насилие и аффективное развитие человека.</b>	
<b>Ж. Бержере</b> .....	121
<b>4. Проблема защит. Ж. Бержере</b> .....	129
Противозагрузка .....	132
Реактивное образование.....	133
Замещающее образование .....	133
Компромиссное образование.....	134
Образование симптома.....	134
Вытеснение .....	135
Первичное вытеснение .....	135
Вторичное вытеснение, или вытеснение в собственном смысле слова .....	136
Возвращение вытесненного.....	136
Идентификация .....	138
Идентификация с агрессором.....	139
Проективная идентификация .....	139
Проекция .....	140
Интроекция .....	141
Отмена (аннулирование) .....	143
Отрицание.....	143
Отказ (игнорирование).....	144
Изоляция.....	145
Смещение .....	146
Сгущение .....	147
Раздвоение Я .....	147
Раздвоение имаго.....	149
Сублимация .....	150

Часть вторая **КЛИНИКА**

**5. Клиническая беседа с пациентом. Ж Бержсере и Л. Дюбор ...** 157

Первая часть беседы..... 158

Вторая часть беседы..... 159

Осмысление..... 162

**6. Понятие семиотики. П. Дюбор** ..... 165

Определенной *общее* представление..... 165

Семиотика поведения..... 167

**7. Понятие нормы. Ж Беру/сере**..... 173

**8. Понятие структуры. Ж Бержсере**..... 177

**9. Невротические структуры. Ж.-П. Шартье** ..... 183

Понятие невроза ..... 183

Индивидуальный невроз ..... 184

Семейный невроз.....,..... 186

Типологическое эдиповское ядро ..... 189

Эдиповские идентификации..... 189

Эдиповская кастрация ..... 191

Псевдоневротические формы психической патологии ..... 192

Аутентичные неврозы ..... 201

Конверсионная истерия..... 203

История ..... \*

Клиника ..... 204

Экономическая структура ..... 207

Истерия и психоз ..... 209

Истерия страха..... 210

Клиника ..... 210

Экономическая структура ..... 211

Обсессивный невроз ..... 212

История ..... 212

Клиника ..... 212

Экономическая структура..... ' ..... 215

Обсессивный невроз, пограничные состояния и психозы .... 218

Невротическая депрессия ..... 218



<b>10. Психотическая структура. П. Дюбор</b> .....	223
Психотическое объектное отношение .....	229
Мать психотика.....	231
Организация Я .....	234
Механизмы запечатления.....	235
Клиническая организация.....	236
Аутизм.....	236
Кататония.....	237
Параноидный бред.....	237
Паранояльный бред .....	240
Депрессия .....	242
Отношения между дереализацией, деперсонализацией и бредом.....	244
Психотическая вселенная .....	246
<b>11. Пограничные состояния и их формы. Ж Бержере</b> .....	253
Проблема существования .....	253
Генетическая точка зрения .....	255
Нозологическое положение .....	256
Пограничное оформление.....	258
Экономическая организация.....	262
Острое развитие.....	264
Устойчивое развитие .....	265
<b>12. Психосоматические болезни. А. Бекаш</b> .....	273
<b>13. Клиника детского возраста. Ж.-Ж. Люстен</b> .....	281
Введение .....	281
Теория клиники детского возраста .....	283
Мать и ребенок: «транзактная спираль» в семье.....	283
Объект и объекты .....	288
Идентичность и идентификации.....	289
Идентичность .....	289
Врожденное и приобретенное: оснащенность .....	291
Инструменты и функции .....	293
Детские страхи и защиты .....	295
Онтогенез страха .....	295
Клиника страха .....	299
Метапсихология страха.....	301
Фантазмы и фантазм .....	301
Фиксация, регресс и травматизация .....	306

Использование трех метапсихологических осей	
и клиника детского возраста .....	309
Топологическая точка зрения .....	309
Динамическая точка зрения.....	313
Экономическая точка зрения .....	314
Нарциссизм и образ тела .....	316
Агрессивность и действие .....	321
Ментализация.....	325
Различные типы организации .....	328
Введение .....	328
Дефицитарные типы психической организации .....	329
Классическая концепция дефицитарности .....	329
Современный пересмотр концепции дефицитарности.....	333
Психосоматические типы организации и синдромы .....	336
Ранние психосоматические нарушения.....	336
Поздние психосоматические нарушения .....	339
Специфика психосоматической организации у ребенка .....	341
Психопатические и перверсные типы организации.....	343
Различные типы депрессивной и пограничной	
психической организации у ребенка .....	346
Психотические типы психической организации .....	350
Клиника .....	351
Развитие.....	355
Феноменология .....	356
Структура детских психозов .....	358
Невротические типы психической организации .....	361
Детская истерия и истерия страха .....	363
Обсессивная психическая организация .....	365
Психотерапия у детей.....	368
<b>14. Обзор основных принципов психотерапии. Ж. Берзкере.....</b>	<b>379</b>
<i>Часть третья</i> <b>ОРГАНИЗАЦИОННЫЕ АСПЕКТЫ</b>	
<b>15. Лечебные учреждения. А. Бекаш .....</b>	<b>385</b>
Обзор институциональных структур .....	386
Учреждения для взрослых.....	386
Учреждения для детей и подростков.....	394
Общие принципы организации .....	397



## ВВЕДЕНИЕ

Хотя эта книга и написана психоаналитиками-психиатрами, она не является ни психиатрическим трактатом, ни, в еще меньшей степени, психоаналитическим произведением. Объект патопсихологии не следует смешивать с объектом психиатрии; патопсихология изучает эволюцию и перевоплощения человеческой психики, оставляя без специального внимания технические и терапевтические аспекты. Вот почему, хотя мы будем обязательно обращаться к аналитической мысли, сами по себе методы психоаналитического лечения здесь будут просто упоминаться.

Необычность, с которой мы умышленно старались определить наш объект исследований, сразу же будет замечена читателем. Избирательность и большая или меньшая представленность различных разделов могут удивить. Но они соответствуют нашему выбору.

Наш «Краткий курс аналитической патопсихологии», написанный врачами, преподающими обучающимся психологам клинические дисциплины, имел на самом деле целью заставить последних задуматься о природе диалога, который их ожидает, и предоставить в их распоряжение по возможности наиболее живым образом основные знания, темы размышлений, исследовательские элементы, биографические ссылки, и в особенности направляющие теоретические и в качестве своего личного обобщения, практические линии, которые эти врачи извлекли из собственного клинического опыта.

Мы надеемся, что наши усилия остаются очень открытыми в наших рассуждениях, но очень лаконичными по форме смогут в равной степени помочь студентам, изучающим медицину и психиатрию, а также смежные гуманитарные дисциплины, как и многим врачам или участникам (разного уровня) лечебной бригады в их усилиях лучше понять собственные межличностные проблемы.

Исходя из единого взгляда на совокупность фундаментальных выборов, каждый автор сохранял тем не менее собственную свободу стиля или свой способ соединения отдельных тем.

## ВВЕДЕНИЕ

На уровне теоретических глав, так же как во всей клинической части, мы не хотели и не могли в столь краткой работе приступить к исчерпывающему изучению, касающемуся многочисленных аспектов общей психологии или всех болезненных сущностей, описанных классической психиатрией. В том, что касается первой области, мы отсылаем читателя к работе Ж. Делея и П. Пишо<sup>1</sup>, а по поводу второй — к работе М. Ан-ти<sup>2</sup>. Что же касается нас, то мы включили в первую часть работы то, что составляет основной корпус теоретических концептов и взаимодействий между ними, а во вторую часть — то, что различает или подчеркивает различные формы патологической организации.

Неаналитикам, которые рискуют проявить исключительную преданность психоаналитическим концепциям, мы могли бы ответить, что аналитические данные (теоретические, а не чисто технические), на которых мы сосредоточились, соответствуют тому, что признается в качестве классического большинством современных психопатологов и не представляет собой ничего более, чем обобщенное знание, необходимое образованному человеку конца XX века.

Психоаналитикам, которые сочли бы безосновательной неосторожностью передачу молодым неаналитикам сжатого изложения фрейдовских концепций, мы выражаем наше глубокое убеждение, что своеобразие, присущее психоаналитику, не может проявиться лишь с теоретическим знанием, даже очень продвинутым, напротив, оно остается в его психике нестирающейся, неизменной меткой личного опыта, успешно завершено на кушетке,— опыта (и только его одного), могущего зародиться в других человеческих существах.

В клиническом плане мы развиваем здесь позицию, связанную с определенными концепциями, признающими лишь две формы неврозов: обсессивный невроз и истерию (страх или конверсионная истерия); депрессивное или фобическое поведение не образует отдельной специфической структуры, так же как мазохизм и гомосексуальность. Поэтому понятие структуры приобретает для нас сверхстрогий смысл. В этой связи особенно отметим наши усилия четко ограничить качественную сущность «невротика» и «психотика».

Мы благодарим всех наших учителей, коллег и друзей, которые прямо или косвенно помогали нам в этой работе, в особенности наших коллег из Исследовательского центра по психологическим наукам Университета Лион-П, чье доверие и поддержка были столь ценны в процессе формирования нашей «обучающей команды». Мы надеемся, что читатель обнаружит здесь проявление стремления этой команды к ясности как свидетельство столь приятной для нас сплоченности.

<sup>1</sup> Delay J. et Pichot P. *Abrege de Psychologic* Paris: Masson, 1969 (3 edition). 498 p.

<sup>2</sup> Anly M. *Psychiatrie a l'usage de l'equipe medico-psychologique*. Paris: Masson, 1977. 542 p.



генетический аспект

М. УЗЕР

## ВВЕДЕНИЕ

В литературе очень редки, если не сказать не существуют, работы, последовательно и достаточно систематично излагающие фрейдовскую теорию развития личности.

Не претендуя на то, чтобы заполнить эту лакуну, мы полагаем, что сначала следует представить, хотя бы схематично, основные этапы ее развития, что является необходимым предварительным условием понимания этой книги в целом.

Говоря об основных библиографических ссылках, прежде всего отметим, что мы остаемся в классических рамках, обращаясь в первую очередь к творчеству самого З. Фрейда, работам его современников и последователей, таких, как К. Абрахам и О. Фенихель, таким произведениям, как относительно старая работа Геральда С. Блюма, и, наконец, более современным публикациям, таким, как «Словарь по психоанализу» Лаплан-ша и Понталиса.

Заметим, что каждый этап следует рассматривать с двух точек зрения:

— с одной стороны, *психосексуальное развитие*, ориентированное на последовательное включение в действие различных эрогенных зон;

— с другой стороны, *отношение к объекту, или объектное отношение*, — понятие, специально предназначенное для определения точных форм отношения субъекта со своими «объектами» (включая его самого в качестве объекта) на протяжении различных моментов эволюции.

## ПРЕ- И НЕОНАТАЛЬНОЕ ВЛИЯНИЕ

■ *Пренатальное влияние.* Филлис Гринэйкр полагает, что конституция, пренатальный опыт и ситуация, непосредственно следующая за рождением, способствуют возникновению *предрасположенности к страху* или *предстраху*, отличающемуся от последующего страха *отсутствием психологического содержания и реализацией на рефлексорном уровне.*

Совершенно очевидно, что плод способен к весьма разнообразной активности, поскольку шевелится, двигает ногами, вращается и пр., этих проявлений любая беременная женщина ждет с некоторым нетерпением. Известно также, что плод реагирует на внешние стимулы, например на внезапные и сильные звуки, электрические звонки, раздающиеся около матери, усилением движений и ускорением сердечного ритма. Плод также демонстрирует заметное усиление активности, когда мать переживает период тяжелых эмоциональных испытаний, что может свидетельствовать о влиянии психического состояния матери на поведение нормального плода. Наконец, последний может даже *кричать в матке*, если воздух попадает во внутреннюю полость.

Филлис Гринэйкр интерпретирует все эти болезненные реакции на опасность как факт того, что еще до рождения существует схема поведения, *напоминающего страх*. Эта схема, испытав также воздействие рождения и первого постнатального опыта, представляет, согласно автору, органически-физиологический потенциал, который в случае особой интенсивности может приводить к более выраженным реакциям на психологические опасности, переживаемые в дальнейшей жизни.

Другие авторы также упоминают о возможности формирования у плода *условных рефлексов*. Но очевидно, что мы еще не в состоянии оценить влияние пренатальной среды на последующее развитие личности.

Скорее в качестве простого анекдота, нежели научного факта, упомянем цыганскую практику заставлять плод «слушать» звуки скрипки, на которой в непосредственной близости к животу матери играет маэстро, когда хотят, чтобы родился хороший музыкант.

Что же касается Фодора, то его аргументы являются преимущественно реконструкциями (сомнительной валидности), основанными на фан-тазмах и снах, называемых «пренатальными снами», и созданными им самим или его пациентами. С точки зрения этого автора, травматический аспект пренатальной среды должен быть связан в первую очередь с агрессивностью сексуальных отношений между родителями.

Наконец, Фодор постулирует «организмическое сознание», претендующее на содержание и делающееся возможным благодаря коммуникациям телепатического типа между матерью и плодом, однако ясно, что существование телепатии как средства коммуникации остается недоказанной посылкой.



**Резюме.** Успешное завершение решающих исследований в этой области представляется весьма затруднительным. Если и можно допустить, что во время беременности не обходится без вероятного и правдоподобного влияния на плод, вывести из проводимых исследований строгие заключения о его конкретных биопсихических механизмах пока остается невозможным.

Например, каким образом мы могли бы установить, что страхи 4-летнего ребенка связаны с нагруженной средой, созданной его несчастной матерью *до* рождения или же значительно *позже*! Ибо невозможно ускользнуть от того факта, что мать продолжает после рождения, скажем *именно* в данный момент, оказывать влияние на личность своих детей.

■ **Травма рождения.** Это понятие связано с именем Отто Ранка. Однако именно Фрейд первым подчеркнул психологическое значение этой травмы, заставив с вниманием относиться к опасности, содержащейся в **инициальном приливе стимуляции** со стороны внешнего мира в момент выхода организма из относительно спокойной и безмятежной среды, чтобы оказаться погруженным в новую ситуацию.

Новорожденный не может адекватно противостоять этой опасности, поскольку еще не располагает никакими механизмами защиты, способными его предохранить.

Эта ситуация рождения становится *моделью* или прототипом любого последующего страха, общий фактор которого с самого начала артикулируется в терминах *биологической* сепарации с матерью, но который затем проявляется более психологическим и более символическим образом.

Фрейд стремится минимизировать значение внезапных случайных происшествий во время рождения, не допуская, что ребенок мог в этот момент обладать реальным содержанием сознания: «Что представляет собой опасность?— пишет он.— В акте рождения объективную опасность представляет сохранение жизни; мы знаем, что это значит с точки зрения материальности фактов. Но психологически нам это совершенно ни о чем не говорит. Опасность рождения не обладает пока никаким реальным содержанием» («*Подавление, симптом и страх*»).

О. Ранк, напротив, придал этой теории, которую избыточно систематизировал, развитие, отдалившее автора от классических концепций психоанализа.

Приписывая травме рождения центральную роль в развитии личности, он постулировал, что рождение вызывает глубокий шок, образующий резервуар страха, разряжающегося и освобождающегося на протяжении всего существования. Это значит, что для данного автора все неврозы обнаруживают в этом свое причинное объяснение и что можно интерпретировать все последующие страхи в терминах страха рождения не толь-

## ТЕОРИЯ

ко в той мере, в какой он формирует образец, но и в качестве самого источника страха.

Развивая свою концепцию еще далее, Ранк доходит до утверждения, что новорожденный формирует долговременные *визуальные* впечатления мучительной сепарации с матерью, как раз и ответственные за ужас, испытываемый позднее по отношению к женским половым органам, и последующие сепарации любой природы, реальные или воображаемые, будут переживаться как угрожающая травма: сепарация при отнятии от груди, фантаз-матическая сепарация пениса при страхе кастрации и т.д.

Наконец, следуя Ранку, любое удовольствие в качестве конечной цели всегда направлено на достижение незамутненного чувства удовлетворения и первичного внутриматочного блаженства. Средством, наиболее подходящим для реализации этого возвращения к внутриматочной жизни, служит сексуальный акт, представляющий символическое соединение с матерью: так, мужчина рассматривает свой пенис как ребенка, возвращающегося в утробу своей матери, тогда как женщина достигает удовлетворения, идентифицируя его с собственным ребенком в момент, когда он еще не родился. Для О. Ранка первичный страх рождения мешает этому удовлетворению, поскольку сигнализирует об опасном желании вернуться в материнское лоно.

Что же касается Филлис Гринэйкр, она занимает в этой области промежуточную позицию между Фрейдом и Ранком. Она допускает действие двух факторов: конституционального, или наследственного, и случайного, появляющегося в момент рождения, но она замещает своей теорией ответа по типу «предстраха» концепцию Ранка, относящуюся к визуальным впечатлениям. Наконец, для нее реальное влияние травмы рождения располагается где-то по середине между двумя концепциями: оно не является ни столь важным, как полагает Ранк, ни столь ничтожным, как считал Фрейд и большая часть его последователей.

## ПРЕГЕНИТАЛЬНЫЕ СТАДИИ

## 1, Оральная стадия

Различные стадии, которые мы опишем, неотчетливо ограничены или отделены одна от другой. Все эти стадии скорее постепенно переходят одна в другую и накладываются друг на друга. Так, оральная стадия угасает не только на протяжении первого года жизни, но далеко за его пределами. В классическом варианте название «оральной стадии» дается фазе либиди-нальной организации, простирающейся от рождения до отнятия от груди.

**Психосексуальное развитие**

Прежде всего напомним, что детская сексуальность недифференцирована и плохо организована. К тому же она отличается от взрослой сексуальности как минимум по трем следующим пунктам.

— Наиболее чувствительные участки тела (или *истоки влечения*) не обязательно относятся к генитальным областям. Доминируют другие эрогенные зоны (области, обеспечивающие сексуальное удовольствие).

— Различны и *цели*: детская сексуальность не приводит к сексуальным отношениям в собственном смысле слова, но включает формы активности, которые позднее будут играть роль в получении так называемого «предварительного» удовольствия.

— Наконец, эта инфантильная сексуальность характеризуется скорее тенденцией быть *ауторэротичной*, нежели направленной на объект.

■ Оральная стадия, таким образом, есть стадия доминирования ротовой области в качестве эрогенной зоны или источника телесного влечения. На самом же деле здесь следует иметь в виду куда более обширную область, чем просто рот.

— Прежде всего, естественно, *весь дыхательный и пищеварительный тракт* вплоть до пищевода и желудка, органы дыхания, участвующие во вдыхании и выдыхании воздуха, вплоть до легких (см., например, оральную фиксацию у астматиков).

— *Органы фонации* и, следовательно, речи.

— *В равной степени органы чувств*: язык и вкус, нос и обоняние, глаза и зрение (как в выражении: есть или пожирать кого-нибудь глазами) — представляют собой органы и функции восприятия, которые, образуя связь с оральной областью, включают в себя нечто вроде поглощения и помещения внутрь себя элементов, принадлежащих окружающему внешнему миру.

— *Органы осязания и сама кожа* также принадлежат миру оральной модальности. Люди, отмечающие постоянное повышение или понижение температуры, страдающие психосоматическими дерматозами, или в более простых случаях те, кто в любовных забавах гиперчувствительны к кожным прикосновениям, далеким от генитальных зон, — все они отличаются высокой степенью «оральности».

В реальности не следует также забывать, что первый год жизни есть период, когда ребенок наиболее чувствителен не только к пище, но и к любым ласкам, объятиям, «тисканью», «щекотке» и пр., щедро расточаемым любящей матерью по любому удобному случаю.

• Что же касается первичного *объекта*, так сказать «эротического» желания младенца, — он представлен материнской грудью или ее замести-

телями, то первое проявление сексуального влечения состоит в действии сосания. На самом деле акт сосания не только удовлетворяет потребность в насыщении, но сам по себе обеспечивает удовольствие. — Сепарация с матерью в момент рождения устанавливает новое отношение мать—ребенок, отношение зависимое и практически симбиотическое, однако слитое отныне с посредником: *функцией питания и кормления*. С этой функцией связано удовольствие, которое ребенок получает и которому обучается в момент кормления.

— Вот почему это *либидинозное удовлетворение*, связанное с физиологической потребностью быть накормленным, начинает отделяться от матери. Ребенок обнаруживает, что раздражение ротовой полости и губ вызывает удовольствие само по себе, даже если не сопровождается кормлением (облизывание губ, сосание пальца).

**Замечание.** В самом деле, в литературе существует множество ссылок, указывающих на существование влечения к сосанию, которое реализуется независимо от процессов кормления. Иначе говоря, исходя из некоторых положений,— например, сейчас известно, что начиная с внутриутробной стадии плод сосет свой палец,— можно поставить вопрос о том, что не существует *первичного орального влечения*, которое не могло бы быть приобретено путем обучения и которое исходно не было бы одновременно влечением к сосанию и другим близким проявлениям оральной активности. В любом случае проблема генеза первичного орального влечения остается неразрешенной.

■ Как бы там ни было, можно утверждать, что на этой стадии существует двойная *цель влечения*:

— С одной стороны, это позитивная стимуляция ротовой эрогенной зоны, удовольствие, имеющее *аутоэротический* характер. Субъект еще не располагает понятием внешнего мира, отличающегося от него, и обычно это состояние описывается как «безобъектное» или в терминах «недифференцированное™ — Я/не Я».

— С другой стороны, это желание *инкорпорации объектов*, специфическое оральное желание, которое, несмотря на использование понятия «объект», не придает последнему настоящего статуса внешнего объекта. Маленький ребенок в этом возрасте воспринимает индивидов или вещи лишь в качестве пищи или ее источника, с которыми в своих фантазмах он воспринимает себя *единым*, заглатывая их или инкорпорируя. Объект есть лишь *часть субъекта*. Ребенок помещает в свой рот все, что его интересует, и удовольствие «иметь» смешивается для него с удовольствием «быть».

**Важное замечание.** Этим целям инкорпорации соответствуют специфические оральные страхи и фобии (например, *страх быть съеден-*

ным), которые можно обнаружить актуализированными во снах и фан-тазмах не только психотиков, но и некоторых пациентов, проходящих анализ во время фазы глубокой регрессии, и даже у любого из нас. Абрахам делит оральный период на две следующие субстадии.

**Первичная оральная стадия** (от 0 до 6 мес), называемая также «преамбивалентной фазой». По Фрейду, это истинная оральная стадия, которую он подразделял на «стадию первичного нарциссизма» и «анаклитическую стадию». Именно ее мы сейчас и опишем. Напомним ее основные характеристики.

— Доминирование начиная с системы абсорбции (рот, сенсорные органы и пр.) сосания, дыхания, целиком направленных:

— на инкорпорацию, оральную ассимиляцию внешней стимуляции, т.е. «объекта», воспринимаемого в качестве хорошего и теоретически не расчлененного;

— на компенсаторное аутоэротическое удовлетворение, особенно при фрустрации (мастурбационный тип сосания пальца по сравнению с простым удовольствием от сосания).

— *Отсутствие дифференциации между собственным телом и внешним объектом*, отсутствие различения между ребенком, сосущим грудь, и грудью, которая кормит.

— И, наконец, *отсутствие любви и ненависти в собственном смысле слова*; психика пока остается свободной от всякой аффективной амбивалентности, что не соответствует мнению многих авторов, в частности Мелани Кляйн.

**Поздняя оральная стадия** (от 6 до 12 мес.) или садистически-оральная стадия. Во время этой стадии преобладают влечения, которые Фрейд мог бы назвать «каннибалическими»; стадия маркируется появлением зубов, укусами и покусыванием объектов, в первую очередь материнской груди.

На этом этапе, отвечает ли ребенок на фрустрацию покусыванием, чтобы добиться своего, выражает ли он покусыванием свое агрессивное влечение, результат один и тот же: инкорпорация, всегда действующая, становится садистической, т.е. *деструктивной*; инкорпорированный объект пребывает в фантазмах ребенка в качестве атакованного, искалеченного, поглощенного и отброшенного в смысле деструкции.

### **Объектное отношение**

Когда идет речь об объектном отношении, на самом деле имеют в виду диалектическое *взаимоотношение*: причина этого не только в способе, которым субъект создает свои объекты (внешние и внутренние), но и в способе, которым последние модифицируют активность субъекта.

■ **Первым объектом каждого индивида является его мать.**

— Слово «мать» имеет широкий смысл: личность, которая выполняет большую часть ухода за ребенком. На самом же деле:

*а)* собственно понятие «объекта» создает в этом случае проблему, поскольку известно, что в самом начале не существует образов объектов в психологическом смысле этого термина, первые представления об объектах фрагментарны, более или менее раздроблены и в любом случае парциальны и разобщены. Кроме того, новорожденный не обладает сознанием внешнего мира, за исключением — в той мере, в какой здесь вообще можно рассуждать о «сознании», — собственных внутренних ощущений напряжения и расслабления, в целом же он не отделяет себя от других.

Отсюда следует, что питание находится в состоянии взаимодействия с «частями объектов» — так называемыми *парциальными* объектами, которые даже не локализованы в пространстве и в которые одновременно входят части матери (кормящая грудь или замещающая соска) и части собственного тела субъекта;

*б)* таким образом, отношения между нашим младенцем и этими частями объектов устанавливаются в двух направлениях:

— *аутоэротизм*, который может быть назван первичным, о чем мы уже говорили, и который часто сопровождается мастурбацией (1-й мас-турбационный период) также в рамках первичного нарциссизма;

— с другой стороны, *аналитическое отношение* — термин, производный от греческого глагола, означающего «прислоняться к», «опираться на». С помощью этого выражения Фрейд хотел показать абсолютную зависимость, физически связывающую ребенка с лицами, чье вмешательство поддерживает в нем жизнь. Следует также сказать, что на этой стадии подобные «объекты» могут быть только *функциональными*, какими они в той или иной степени и будут оставаться на протяжении всего прегенитального периода.

■ Постепенно через усложняющиеся процессы происходит *реальное открытие объектов*:

*а)* предполагается, что вначале объектные отношения, называемые первичными, формируются **в моменты отсутствия** анаклитического объекта (т.е. матери). Иначе говоря, первое осознание объекта должно появиться у ребенка в состоянии ностальгического ожидания чего-то знакомого, что может удовлетворить его потребности, но что на данный момент отсутствует (Фенихель);

*б)* затем ребенок учится **дифференцировать свои впечатления**, и первая дифференциация, без сомнения, устанавливается между объектами, «вызывающими доверие или знакомыми», и объектами «непривыч-

ными, чуждыми или же незнакомыми». Последние рассматриваются как *опасные*, тогда как первые придают уверенность и любимы;

е) по мере того как ребенок обучается различать свою мать, он начинает общаться с ней, понимать то, что она ему передает, пока лишь с помощью мимики. Важную роль в этом играют реакции на контакт, физическое давление, короче реальные телесные манипуляции матери с ребенком;

з) **амбивалентное отношение** соответствует по времени, с точки зрения ортодоксальной теории, второй половине оральной стадии, моменту появления садистических влечений. Так, в период, когда возникает тенденция к кусанию, желание разрушить мать ассоциируется со стремлением к дибидинозному соединению с ней. Это первый конфликт, который имеет следствием угрозу первичному успокаивающему союзу с матерью и в котором враждебная составляющая занимает преобладающее место.

Иногда говорят, что ненависть древнее любви, и мы знаем эволюцию фрейдовских идей по поводу агрессивного влечения (части инстинкта смерти). В любом случае это специфическая *проекция вовне* «плохого», с которой очевидным образом сливается гнев, вызванный отсутствием аналитического объекта, и который приводит к тому, что объект (внешний) становится ненавидимым. В этой ситуации Фрейд мог бы сказать, что объект рождается в ненависти.

Отметим, что способ, которым агрессивное влечение к кусанию будет допускаться объектом любви (разрешаться, запрещаться при определенных условиях и пр.), имеет первостепенное значение.

■ **Наконец, отнятие от груди** — специфический конфликт отношений, привязанный к разрешению оральной стадии. Этот кризис, связанный с отнятием от груди, на первый взгляд может показаться основанным на биологических переменных и, следовательно, иметь инстинктивную природу. На самом деле отнятие от груди неотделимо от материнского отношения (*maternage*), культурное измерение которого подчеркивал Лакан.

С другой стороны, отнятие от груди всегда является *травмой* и переживается как следствие агрессии, наказания-возмездия (варианта фрустрации). Можно, например, отметить, что у людей, очень поздно поднесенных к груди, часто существуют трудности в полном использовании способности к агрессии без провоцирования потребности в самонаказании.

Наконец, травматичное или нет, отнятие от груди оставляет в человеческой психике постоянный след ранних отношений, которым был положен конец. Образ материнской груди, патологически или нет, в большей или меньшей степени доминирует на протяжении всей жизни субъекта.

## 2. Анальная стадия

В течение 2-го и 3-го годов жизни у ребенка развиваются способности ходить, говорить, мыслить и пр., постепенно появляется относительная, но уже реальная *независимость*.

**Психосексуальное развитие**

Разумеется, анальное удовольствие существует с самого начала жизни, но оно не составляет *основного* способа либидинозной разрядки и *пока* не является *конфликтуализированным*. Этого не происходит до установления контроля за сфинктерами, до того, когда как дефекация становится актом, в отношении которого ребенок может приобрести достаточный уровень овладения, чтобы удовольствие, связанное с дефекацией, как и специфические конфликты, сцепленные с ним, заняли привилегированное положение.

■ **Источником** телесного влечения или частичной эрогенной зоной здесь является анально-ректальная или анально-ректально-сигмовидная слизистая, или даже вообще вся слизистая оболочка зоны кишечной экскреции, целиком изнутри нагруженная диффузным либидо (а не только ее конечная часть).

■ Описание *объекта* анального влечения более затруднительно из-за возрастающей сложности действия влечений.

Мать, остающаяся привилегированным объектом влечений ребенка, приобретает целостность. Но для ребенка это все же объект, остающийся *функциональным, частичным*, особенно если речь идет о *манипулировании*, таком же, как «манипулирование» своими фекальными массами. Напомним, что Фрейд открыл значение подобной «анальности» через анализ *обсессивного невроза*, когда именно «манипулирование» объектами — реальными, воображаемыми и символическими — является специфическим отличительным свойством.

Как бы там ни было, участвующая здесь «третья посылка» — кишечное содержание или *фекальное содержимое*, если можно так выразиться, — настоящий *промежуточный либидинальный объект*, роль и функционирование которого не просты и не однозначны:

*a)* во-первых, это прямое **возбуждение** эрогенной телесной зоны слизистой, описанное выше. По этому поводу существует противоречие, сходное с тем, что мы отмечали при описании оральной стадии: является ли анальное удовольствие первично физиологическим или оно может быть лучше объяснено как вторичное влечение, приобретенное благодаря обучению;



б) фекальное содержимое также рассматривается ребенком как часть его собственного тела, которую он может — не скажем «сколь угодно долго», но с произвольностью, позволяющей, по крайней мере, задерживать опорожнение,— либо сохранять внутри, либо, разделяя, выталкивать наружу, что дает возможность ребенку проводить *очень важное различие между внутренним и внешним объектами*. Если страх быть съеденным формирует специфическую оральную тревогу, то страх быть *грубо лишенным телесного содержимого*, буквально *быть опустошенным* представляет типичную анальную тревогу;

в) наконец, оформленная каловая масса представляет для ребенка *разменную монету* между ним и взрослыми. Напомним эквивалентность, установленную Фрейдом между испражнениями, подарком, который предлагается и в котором отказывают, деньгами и пр.

■ *Цель влечения* также не очень проста для объяснения. То, что обычно ее слишком упрощенно и однозначно связывают с функцией дефекации, совершенно не соответствует фактической сложности опыта. В реальности совершать дефекацию, т.е. *выделять* кишечную продукцию, не является единственным актом, на котором может быть фиксировано удовольствие, получаемое каждым из нас в каждодневном опыте. Замедлять дефекацию, т.е. *удерживать* каловые массы, по крайней мере, на некоторое время, тоже бесспорная эрогенная возможность.

Здесь К. Абрахам также описывает две субстадии.

Первая, так называемая выделительная фаза

а) Целью является получение приятных ощущений во время экскреции. Наряду с разряжением напряжения выделение стимулирует слизистую оболочку анально-ректальной зоны, приводя к сексуальному, очевидно аутоэротическому удовольствию, сравнимому с удовольствием от сосания во время оральной стадии;

б) В дополнение к «естественному» удовольствию прибавочная стимуляция получается как следствие значения, придаваемого родителями анальным функциям; удовлетворение приводит к увеличению интереса ребенка к нейро-мышечному акту, который требует от него усилия «выпускания»;

в) Наконец, другой источник интенсивной стимуляции, более случайный, образуется частыми подмываниями, осуществляемыми тревожной матерью. Подмывание на самом деле имеет не только фрустрирующее значение для интенсивного кишечного опорожнения, но и смысл сексуального возбуждения.

Запомним основные моменты первой анальной фазы.

1. Нарциссический *аутоэротизм*, который она всегда содержит.
2. Ее садистический аспект, характеризующий всю анальную стадию,

## ТЕОРИЯ

что обычно позволяет описывать эту стадию с помощью определения «садистически-анальная».

Этот садистический аспект исходит из двойного источника:

- с одной стороны, по своему происхождению акт выделения сам по себе есть причина появления фекальных масс, рассматриваемых как *разрушенный* объект, в отношении которого ребенок не испытывает никакого почтения;
- с другой стороны, несколько позже начинают играть роль социальные факторы, ибо ребенок может использовать свою способность выделять, чтобы противостоять родителям, желающим обучить его чистоте.

### **Вторая фаза, удерживающая**

Основное удовольствие получается из удержания, и мы можем обнаружить здесь те же самые источники удовольствия, только использованные иным способом:

- а)* Во-первых, конечно, это сделанное ребенком открытие, что интенсивная стимуляция слизистой при выделении может быть также вызвана удержанием.

Высказывается мнение, что в этом случае речь идет о первом открытии **аутоэротического мазохистического удовольствия**, являющегося одним из нормальных компонентов сексуальности. Термин «мазохизм» может быть понят здесь на уровне — «сделай со мной что-нибудь». Ясно, что до ампулы прямой кишки каловые массы не продвигаются под воздействием волевого усилия, это продвижение дает вначале *пассивно* испытываемые ощущения. Лишь вторично удовольствие, связанное с актом удержания, становится объектом *активного поиска*;

- б)* Кроме того, другой фактор появления подобного удовольствия определяется большим значением, придаваемым взрослыми испражнениям. Если другие рассматривают данные продукты как ценные, то ребенок предпочитает их скорее сохранять, нежели отдавать. Именно здесь при новом появлении в картине *садистического элемента* ребенок может:

- либо использовать фекальные массы в качестве *подарка*, чтобы продемонстрировать свою любовь;
- либо, напротив, удерживать их, что имеет значение враждебного (садистического) жеста по отношению к родителям, озабоченным его выделениями.

*Замечание:* следует отметить, что несвоевременная дефекация, сочетающаяся с отказом ее исполнения в момент или при обстоятельствах, желательных для окружающих, приобретает характер агрессивной оппозиции, объединяющей оба типа анального садизма.

**Объектное отношение**

Именно на модели отношений, поддерживаемых ребенком со своими фекальными массами, а также в соответствии с конфликтами, вызванными обучением чистоплотности, субъект начинает выстраивать свое отношение к объекту с его специфическими характеристиками.

■ Садизм. Мы уже видели, что этот период в целом характеризуется садизмом, определяемым как *агрессия, нагруженная удовольствием, направленная на объект.*

*Агрессивные и эротические* составляющие анальности обнаруживаются в двух фазах, описанных Абрахамом в виде биполярности самого садистического влечения: одна из тенденций заключается в разрушении внешнего объекта, другая — в его сохранении и установлении над ним контроля, причем обе тенденции вознаграждаются.

Обретение сфинктерной дисциплины позволяет ребенку открыть понятие *личной собственности* (чего-то, что он дает или нет), своей *власти* (аутоэротическая власть над деятельностью кишечника и собственным телом; эмоциональная власть над матерью, которую он может поочередно вознаграждать или фрустрировать); это открытие ощущения *всемогущества и нарциссически преувеличенной самооценки* испытывается субъектом наряду с удовольствием *контролировать, подчинять, противопоставлять себя* матери, т.е. *владеть*. Любой объект его желания есть нечто, по отношению к чему он осуществляет право, и любой объект уподобляем наиболее примитивному обладанию, иными словами — фекальным массам.

■ **Мазохизм.** Этот термин описывает *пассивную цечь получения удовольствия через болезненные формы опыта.*

Очевидно, что садизм, как и мазохизм, — впрочем, обычно говорят о садо-мазохизме — связан с телесным наказанием, для которого на данном этапе предпочтительной целью являются ягодичцы. Но если легко понятно, что бить или пороть кого-нибудь представляет собой выход садистической тенденции, то мазохистическая функция намного сложнее.

Во-первых, она может реализоваться лишь в определенных условиях: боль не должна быть ни слишком сильной, ни слишком слабой. Кроме того, факт, что шлепки могут сексуально возбуждать ребенка, не подлежит сомнению, если припомнить все общеизвестные случаи мазохизма подобного рода. Объяснения же, даваемые этому феномену и его последствиям, напротив, могут быть оспорены. Так, например, с точки зрения ортодоксальной теории, он появляется в связи с тем, что либидо перемещается с ануса на кожу ягодич и ягодичные мышцы. С точки зрения иных подходов, «роль, играемая в мазохизме сексуальным возбуждени-

ем кожи ягодич, очень сомнительна. Простые объяснения, подчеркивающие психическое удовлетворение, вызванное наказанием, более правдоподобны» (Г. Блюм).

Как бы там ни было, существует хорошо известная связь между садизмом и мазохизмом: она используется ребенком, ведущим себя крайне активно или агрессивно с целью провоцирования других побить его.

■ **Амбивалентность.** Из предшествующего следует, что в течение данного периода отношения продолжают оставаться амбивалентными даже в более выраженной по сравнению с садистически-оральной стадией степени. Здесь эта амбивалентность физиологически основана на противоречивом отношении к фекальным массам, отношении, которое оформляет модель взаимодействия с другими. Итак, внешние объекты, мать, окружение и т.д. могут быть:

- с одной стороны, устранены, отброшены, т.е. отвергнуты, изгнаны и тем самым разрушены;
- с другой стороны, в той же мере интроецированы, т.е. сохранены как объекты присвоения, удержаны как драгоценная и любимая собственность.

■ **Би- и гомосексуальность. Активность и пассивность. Анальный нарциссизм.**

Человеческая **бисексуальность**, как ее называл, сделав очевидной, Фрейд, уходит своими психологическими и физиологическим корнями именно в анальную фазу развития.

Связь анального эротизма с бисексуальностью может быть детерминирована в основном тем, что прямая кишка представляет собой *полый выделительный орган*:

- в качестве органа экскреции она способна *активно* выделять нечто, и от этой способности могут развиваться маскулинные тенденции;
- в качестве полого органа она способна пассивно возбуждаться от проникновения инородного тела, вследствие чего могут развиваться феминные тенденции.

Отметим, что это не противоречит тому, что ребенок может также пассивно выпускать или активно удерживать свои фекальные массы. В любом случае здесь обнаруживается амбивалентная проблематика процессов анальной инкорпорации и выведения.

**Оппозиция пары активность—пассивность**, самым глубоким образом маркирующая объектные отношения, присущие этой фазе, когда для ребенка еще не существует проблемы оппозиции мужественности-женственности в сексуальном смысле этих терминов.

Именно по модели этой дуалистической схемы «активное—пассив-

ное», производной от анальной загрузки, к которой ребенок чувствителен, формируется целая серия *антагонистических пар*: доброе—злое, красивое—уродливое, и в особенности совершенно специфическая пара *большое—маленькое*. По отношению к взрослому ребенок воспринимает себя либо как самого маленького, либо как самого большого и самого сильного, стоит только ему представить себя львом, тигром, генералом, командующим армией. Предел отношений, обретающих ценность любви, содержится в оппозициях: *покорять—быть покоренным, господствовать—подчиняться*.

На самом первом плане здесь находится **нарциссизм**, и мы можем выделить некоторые моменты: каловые массы, рассматриваемые как части тела; обретение независимости, в особенности с помощью ходьбы и сфинктерного контроля, возможности противопоставления и торга по отношению к материнскому объекту; чувство всемогущества и преувеличенной самооценки и т.д. Необходимо, кроме того, подчеркнуть центростремительный, и следовательно нарциссический, характер сексуальных целей и все еще доминирующий в этот период аутоэротизм.

Итак, в качестве резюме обобщим, что для анальной стадии характерны:

— оппозиция *активности-пассивности*;

— *двойственный*, бинарный аспект отношения к объекту, исключаящий любую истинную генитальность;

— *нарциссическое усиление чувства могущества*, которому подчинен поиск дополнительности между *большим и маленьким* (необходимо, чтобы объект был очень слабым или очень сильным: субъект получает удовольствие от зависимой или обратной роли);

— наконец, центростремительный, и следовательно *нарциссический*, аспект сексуальных целей; понятно, что объектные отношения, таким образом, могут быть отнесены к *гомосексуальному* типу, каким бы ни был реальный пол объекта, генитальные характеристики которого являются, очевидно, второстепенными.

### 3. Фаллическая стадия

По окончании 3-го года жизни фаллическая стадия устанавливает относительное объединение парциальных влечений под определенным *приматом генитальных органов*. Но пока еще речь не идет об истинной *генитализации либидо*.

Слово «пол» двусмысленно, и ребенок осознает совсем не *половые различия*. Напротив, единственно мужской половой орган — *пенис* — означает существование как для мальчика, который им наделен, так и для девочки, которая его лишена.

### Психосексуальное развитие

■ **Уретральный эротизм.** Некоторые ортодоксальные аналитики (Фе-нихель) помещают уретральную фазу в качестве промежуточной между анальной и фаллической. Первостепенная цель этого эротизма — *удовольствие от мочеиспускания*, равно как *удовольствие от удержания*. Вначале *аутоэротическое*, это удовольствие впоследствии направляется *на объекты* (например, фантазм помочиться на других), тогда как *энурез* после первичного аутоэротизма может приобрести значение *бессознательного мастурбаторного эквивалента*. Удовольствие мочиться обычно приобретает двоякий характер:

- а) с одной стороны, для обоих полов **фаллическое**, даже садистическое **значение** мочеиспускания, являясь эквивалентом активного проникновения, связано с фантазмами повреждения или разрушения;
- б) с другой стороны, его можно испытывать как **«свободное истечение»**, пассивное удовольствие от уменьшения или снятия контроля.

— **У мальчиков** пассивное «свободное истечение» может соединяться с другими пассивными целями, такими, как ласка полового члена или возбуждение промежности (простаты). Эти же пассивные цели уретрального эротизма в равной степени могут сочетаться с довольно садистическими фантазмами, что демонстрирует анализ тяжелых случаев *ускоренного семяизвержения*.

— **У девочек** упомянутая активная часть позднее служит выражению конфликтов, чаще сосредоточенных на *зависти к пенису*. Что касается пассивного значения «свободного истечения», то оно часто заменяется «уринальными слезами».

В любом случае контроль за сфинктерами мочевого пузыря развивает *нарциссическую гордость* в ответ на то, что родители *стыдят ребенка* за неудачи этого контроля. Другие авторы полагают, что большая частота мочеиспускания (по сравнению с анальным опранием) приводит соответственно к более частому подкреплению, усиливающему чувство гордости. Но если *стыд* остается для Фенихеля специфической силой, направленной против уретрально-эротических соблазнов, то *честолюбие* может быть специфическим выразителем борьбы с этим чувством стыда.

■ **Детская мастурбация.** При кормлении начиная с оральной фазы обнаруживаются специфические эротические проявления на уровне самих генитальных органов. Помимо гигиенического ухода случайной причиной может быть *естественное возбуждение при мочеиспускании*. В это время ручные игры детей представляют собой то, что называется «первичной мастурбацией». С момента, когда начинает действовать дисциплина сфинктера мочевого пузыря, гедонистическое удовольствие, подкрепленное мочеиспусканием, диссоциируется в стремлении к повторя-

ощемуся самовоспроизведению. Это то, что называется «вторичной мастурбацией».

Будь то первичная или вторичная, ранняя детская мастурбация часто отрицается взрослыми, без сомнения, их собственным Сверх-Я. Она оставляет глубокий и *бессознательный* след в памяти и может представлять одну из основных причин широко известной *детской амнезии*, особенно связанной с активностью, подавляемой родителями, и главным образом с *сексуальными фантазмами*, свойственными этому возрасту (обычно это мастурбационные фантазмы устрашающей и обвиняющей эдиновской природы).

#### ■ *Детское сексуальное любопытство*

«Открытие» **анатомических различий между полами**, в сущности, двусмысленное выражение. На самом деле для ребенка существует *только один пол* — тот, что представлен *существами, наделенными пенисом*.

Либо через мастурбацию, либо в процессе своих исследований ребенок мало-помалу начинает осознавать анатомическую реальность пениса и задаваться вопросом по поводу *существования или несуществования* этого телесного атрибута у него или у других. В это же время возникают другие загадки: *происхождение детей, рождение, беременность...*

**Первичная сцена.** Под этим следует понимать сцену или сцены, во время которой ребенок был — *или воображает, что был,* — свидетелем *полового акта родителей*. Эта первичная, или скорее *исходная, сцена* составляет, по мнению Фрейда, не сразу принявшего эту точку зрения, часть фантазмов, называемых первичными или исходными (базовыми), обнаруживаемых психоанализом в виде сообщений во всей фантазматической жизни, каков бы ни был реальны! опыт субъектов (соблазнение, кастрация, покинутость и пр.).

Действующие механизмы непросты и неоднозначны. Отметим особую роль:

— **идентификации** с одним из родителей, а иногда с обоими, реализуемой довольно часто в направлении «пассивности» перед могуществом, приписываемым «большим»;

— **проекции** собственной агрессивности субъекта; «первичная» сцена обыкновенно переживается ребенком как *садистическая* в соответствии с воспринимаемыми шумами, криками, стонами,... — с тем, в чем может выражаться агрессивность;

— **чувства покинутости**, вызванного у ребенка тем, что он исключен из этих отношений, что порождает различные депрессивные состояния. **Скоптофилия и вуаеризм.** Этот частный инстинкт (инстинкт, долженствующий у взрослых способствовать предварительному удовольствию, но у детей ориентированный на поиск самостоятельного удовлетворения) можно сопоставить с «первичной сценой», которая на самом де-

## ТЕОРИЯ

ле чаще носит акустический, нежели визуальный характер. При сублимации он может позднее дать место эпистемофилии, способствующей появлению исследователей и любопытных всех родов.

■ **Детские сексуальные теории.** При затруднениях в получении и усвоении удовлетворяющего ответа ребенок интерпретирует факты соответственно собственному либидинальному опыту, любое открытие подчинено силам влечения, которыми он прогрессивно располагает. Среди этих теорий в первую очередь отметим следующие. **Детские теории оплодотворения.**

— Оральное оплодотворение путем поедания чудодейственной пищи или через поцелуй; это верование, как правило, более свойственно девочкам, у которых оно может сохраняться вплоть до пубертата и даже позднее.

— Теории, привлекающие мочеиспускание, при котором роль каждого из партнеров плохо определена: мочиться одновременно, мочиться на женщину и пр.

— Теории, включающие в действие *показ* половых органов.

— Что касается *обмена пениса на ребенка*, то в этом случае речь идет о куда более проработанной теории.

**Анальное рождение.** Вера в то, что дети появляются через анус, связана с фантазмами и интересами анальной стадии. Затем появляются проработки более высокого уровня: рождение через *пупок* или вследствие кровавого и *принудительного извлечения* из тела матери. Анальная интерпретация в этом случае подвергается *вытеснению*.

**Садистическая концепция полового акта** куда более зависит от фантазматических остаточных явлений анальной стадии и *проективных* феноменов, нежели от какой бы то ни было реальности, свидетелем которой ребенок мог быть.

### Проблема фаллической стадии

В той мере, в какой он определен и ограничен 3. Фрейдом, этот период развития психогенеза занимает двусмысленное место или как минимум вызывает многочисленные теоретические и практические вопросы:

— с одной стороны, этот момент очевидным образом зависит от **преге-нитальности** и **нарциссизма**, что не обходится без последствий, от частых патологических фиксаций-регрессий на этот уровень и от того, как приступают к ним в аналитической терапии;

— с другой стороны, он к тому же является в определенном смысле обратной стороной или диалектическим контрапунктом эдиповской стадии.



Мы не первые и не единственные, кто задает себе эти вопросы. Мы подходим здесь к точке зрения, которая, не будучи оригинальной, вносит, как нам кажется, некоторую ясность в этот вопрос, и заранее просим читателя извинить нас за повторы, которые мы не смогли избежать.

### Предварительные замечания

1) Читая работы З. Фрейда, можно констатировать, что он недифференцированно употреблял термины «пенис» и «фаллос», что не могло не породить определенные двусмысленности. Здесь важно сохранять строгость и четкость: *пенис* есть сам по себе мужской половой орган в его анатомической реальности, тогда как *фаллос* подчеркивает символическую функцию, напрасно приписываемую пенису. К обсуждению этого мы еще вернемся.

2) Можно считать, что для Фрейда фаллос больше всего характеризует возможность быть *объектом* *отделяемым*, трансформируемым и в этом смысле *парциальным объектом*.

3) «Страх **кастрации**» есть выражение, предназначенное для описания аффективной реакции, являющейся следствием констатации отсутствия пениса у девочки, констатации, приводящей мальчика к фантазматическому страху его утраты, а девочку — к желанию заполучить его. Этот страх неполноты или нехватки детерминирует *страх смерти*, обыденную защиту против которого представляет собой желание *иметь ребенка* (нечто вроде удвоения себя).

Однако это выражение заслуживает толкования при его употреблении, обычно очень обобщенном и житейском, могущем привести к путанице. Если эволюционный и генетический момент нарциссического и прегенитального типа, называемый фаллической стадией, четко отличается от генитальной эдиповой стадии, которую мы разберем далее, то ясно, что эти два момента имеют очень тесные связи.

Мы уже говорили, что все стадии неизолированы и отделены друг от друга. Особенно это верно в отношении фаллической и Эдиповой фаз. Эти две стадии, одна из которых имеет нарциссическую природу, а другая связана с объектным либидо, соприкасаются и взаимодействуют друг с другом в сложной и трудно различимой в реальности постоянной диалектике, как синхронической, так и диахронической.

Отсюда мы заключаем, что существуют два типа страха кастрации, по крайней мере в смысле формального значения, выделяемого каждой из этих реакций:

1) нарциссический страх кастрации, прегенитальный и фаллический, разворачивающийся по определению вокруг фаллоса и того, что он субъективно представляет;

2) генитальный страх кастрации, эдиповский и объекто-центрированный, причиной которого на этот раз является пенис — орган, пригодный для получения удовольствия (для себя или для другого).

Каким бы он ни был, этот страх является *сознательным* или *предсознательным* страхом ребенка, замечающего отсутствие пениса у себя или у другого. Он относится к *неверному представлению реальности* (фан-тазм увечья пениса, которое к тому же нельзя уподобить истинной кастрации, состоящей в ампутации *не пениса, а гонад*), которой не может избежать ни один ребенок.

Нет никакой необходимости в ограждающем вмешательстве взрослых, чтобы ребенок «страдал» от страха кастрации, по отношению к которой он должен *научиться защищаться, а не капитулировать*. (Такие авторы, как Дольто, различают *фантазм*, или *страх кастрации*, — сознательный феномен, естественный, транзиторный и структурированный, и *комплекс кастрации*, — феномен бессознательный, длительный, источник страдания, самонаказания, связанный с неблагоприятным разрешением страха кастрации.)

Очевидно, что взрослые вмешиваются путем «кастрирующих запретов» как внешней защитой, направленной на подавление активности, нагруженной каким-либо либидинальным значением (любопытство, кокетство у девочек, воинственный настрой у мальчиков и т.д.). Но эти внешние запрещающие вмешательства могут лишь *сенсублицировать*, но не породить страх кастрации, существующий независимо от них и являющийся не только нормальным, но к тому же и *способствующим созреванию*.

Итак, ребенок старается избежать этого беспокойства или этого страха, обычно *защищаясь от него*, и в этой борьбе позиция мальчиков и девочек становится различной.

■ *У мальчиков*. Ввиду того что мальчик воспринимает себя обладателем пениса, отсутствующего у девочек, он *сверхзагружает* его:

— *либидинозно*, в качестве инструмента сексуального удовлетворения (мастурбация и фантазмы);

— также, и в особенности, как символ *нарциссической* сверхоценки себя, маркированной *тенденцией к эксгибиционизму*, доминирующему на этой стадии. Считается, что мальчик в это время

*самоидентифицируется со своим пенисом*. Кроме того, результатом подобного нарциссизма, доведенного до крайности, является испытываемый мальчиком страх, что его пенису может быть нанесен какой-либо ущерб или повреждение.

Первоначально Фрейд делал акцент на идее филогенетических факторов, предрасполагающих индивида к этому страху. Фенихель предпочитает основываться на законе возмездия: греховный орган должен быть наказан.

Первое время ребенок пытается **отрицать реальность**. Именно на уровне данного отрицания различий обычно находятся корни *перверсии*.

Затем малыш пытается успокоить себя, **ожидая магического восстановления**: это их усовершенствует — думают девочки. Но это не побеждает страх, поскольку, хотя различие замечается и принимается, женская недостаточность приписывается не фундаментальному условию, а *перенесенному увечью* как *воображаемой санкции*, наложенной родителями, чтобы наказать за некоторые желания и удовольствия, сходные с теми, которые самим ребенком воспринимаются как запрещенные (мастурбация).

**Отказ от представления о том, что у всех женщин** отсутствует пенис, также является защитой, остающейся даже после того, как ребенок принимает очевидность. Единственные, по его мнению, кто должны подвергнуться этой участи,— это те, кто виновны в недопустимых влечениях. В течение длительного времени ребенок — это имеет место для детей обоих полов — сохраняет веру в *«пенисную» мать* (название более точное, чем «фаллическая»), которая, будучи идеализированной, не может быть подвергнута кастрации и сохраняет в его глазах этот воображаемый пенис, символ и достояние фаллоса, т.е. *могущество взрослого*.

В целом говорить о «фаллической матери» — значит несколько злоупотреблять языком. На самом деле здесь всего лишь выражается *имаго<sup>1</sup> матери до его выделения* из всемогущего родственного персонажа. Что же касается «фаллической женщины», следует признать, что речь в этом случае идет о «мужском словечке», на которое легко проецируются собственные кастрационные страхи по отношению к так называемому «фаллизму» женщин. То, что такой мужчина ищет в женщине,— это одновременно *мать и эротический объект*.

■ *У девочек*. Для Фрейда мальчик и девочка в это время очень похожи. Вагина игнорируется, сексуальная активность имеет клиторальный характер, переход доминирующей эрогенной зоны с клитора на вагину наблюдается лишь в более позднем периоде, чаще всего ближе к пубертату.

Обнаружив у себя нехватку пениса, девочка после периода *отрицания* и надежды вынуждена довольно быстро принять это отсутствие. Никаким отрицанием нельзя устранить *реальное отсутствие*, переживаемое не как угроза воображаемой кастрации, а как физиологический факт. В противоположность мальчику эта констатация и огромное разочарование, следующее за ней, не только происходят *до Эдиповой фазы*, но *как раз* и позволяют девочке *войти в Эдипову фазу*. Тем не менее у девочки речь идет о настоящей и глубокой *нарциссической ране*, влекущей за собой *чувство неполноценности* в телесном и генитальном плане, к тому же осложненное

<sup>1</sup> Имаго — термин, введенный Юнгом: бессознательный прообраз, направляющий восприятие и выработанный на основе первых межличностных (реальных или воображаемых) отношений (*прим. пер.*).

## ТЕОРИЯ

и усиленное *социокультурными факторами*, которые невозможно отрицать и реальное происхождение которых, как и их вариативность в зависимости от цивилизации, было бы весьма интересно исследовать. Девочка начинает защищаться от этого беспокойства:

В качестве первого элемента появляется **тема притязаний**. Это знаменитая *зависть к пенису* или скорее *фаллическое притязание*, напоминающее отрицание различий у мальчика. Девочка как бы начинает думать, что у нее был пенис, но она его потеряла, что усиливает идею его нового завоевания.

Вынужденная все же принять свою нехватку (пока еще нарциссическую, так как она означает для нее неполноту, неполноценность), девочка начинает **упрекать свою мать и привязываться к отцу**, реализуя таким образом основополагающий момент психосексуального развития женщины, которая в противоположность мальчику должна совершить настоящую *смену объекта*, чтобы войти в Эдипову фазу. Фрейд предполагал, что решающий фактор, определяющий разрыв с матерью, коренится в том, что можно назвать *комплексом кастрации*: из-за раны, наносимой девочке, *обесценивается мать*, также лишенная пениса.

Таким образом, в любом случае, не слишком прибегая к натяжкам, можно сказать, что вхождение в Эдипову фазу девочки и, следовательно, ее приобщение к генитальности имеют более или менее реактивную и защитную природу.

Другой тип защиты носит более Эдипов характер: желание обладать пенисом заменяется **желанием иметь ребенка**. Можно сказать, что либидо девочки скользит вдоль *уравнения пенис = ребенок*. Именно с этой целью девочка *выбирает отца в качестве объекта любви*, покидая свой первый либидинальный объект — мать, которая таким образом становится объектом ревности. Этот разрыв с матерью остается отмеченным крайней степенью *амбивалентности*, поскольку на самом деле она главнее.

**ДРУГИЕ КОНЦЕПЦИИ.** Не слишком углубляясь в специальные теоретические дискуссии, отметим, что фрейдовское утверждение о *фаллическом сексуальном монизме* для обоих полов впоследствии серьезно оспаривалось некоторыми психоаналитиками, главным образом женщинами.

Для них девочка с самого начала является более феминной, нежели маскулинной, более центрированной на внутренней, чем на внешней поверхности тела, и, таким образом, *вагинальная чувствительность* носит *первичный* характер. И лишь вторично, поскольку вагинальным влечениям приписывается вина, и они рассматриваются как опасные, подавляются и перемещаются на клитор.

В конце концов для большинства современных психоаналитиков фаллическая фаза, по Фрейду, представляет собой нечто вроде компромисса,— можно сказать, невротического типа в смысле его конфликтное-

ти — между Эдиповыми желаниями, порождающими чувство вины, и страхом быть в наказание кастрированным (внешняя кастрация для мальчика, внутренняя — для девочки).

4) **В общих чертах** можно сказать, что фаллическая стадия — это стадия «открытия» различия полов. Не следует ли в соответствии с тем, что ей предшествует, считать, что она представляет собой фазу *отказа* от признания *этих различий*, абсолютно характерного отказа, состоящего:

— для мальчиков в *отрицании кастрации* (нарциссической) через отрицание женского полового органа;  
— для девочек в *отрицании той лее самой кастрации* через притязания на фаллос (нарциссический) к *притязанию на пенис* (растущий клитор). В это время пенис воспринимается не как генитальный орган, а как *орган могущества и завершенности*, т.е. как *фаллос*, дающий название этой «стадии». Ребенок проводит различия не между мужчиной и женщиной, а между *наличием и отсутствием единственного члена*. Оба родителя воспринимаются в зависимости от их *могущества* или их *слабости*, символизированной обладанием или отсутствием пениса.

Прибавим также, извиняясь за настойчивость, что истинный мужской половой орган может быть определен лишь *по отношению к существованию позитивного женского полового органа*; усвоение этого позитивного аспекта станет возможно как для девочек, так и для мальчиков лишь на *генитальной и постэдиповской* стадиях. Во взрослом возрасте так называемая *клиторальная* женщина на самом деле остается в противоположность тому, что принято предполагать, *пассивной женщиной*, тогда как истинно генитальная женщина без тревоги, без страха слияния или разрушения обретает наслаждение в *активном* поглощении пениса, а не в кастрации своего партнера.

**НАРЦИССИЗМ И ГЕНИТАЛЬНОСТЬ** (или сексуальное и нарциссическое)<sup>1</sup>

Любовь к себе и чувство идентичности, фаллос, Идеал-Себя, нарциссическая рана, травматизм, базовое насилие, страх утраты объекта, депрессия, ... — таковы главные ^параметры основополагающей и диахронически развивающейся «ветви» человеческой психики, которую можно назвать «нарциссической ветвью». Обзор различных аспектов этой «вет-

<sup>1</sup> Данная часть, на которой мы достаточно долго задержимся, является продолжением одновременно и синтетическим (что, без сомнения, влечет некоторые повторы), и дополняющим ранее изложенное. Она выходит на обзор психопатологических проблем, поставленных клиникой и терапией депрессии.

ви», равно как и способы их связи с другими составляющими психической организации, будут предметом данной главы.

### ПРОБЛЕМА ФАЛЛОСА

Этимологически слово фаллос означает репрезентацию, образ эрегированного мужского полового члена, а расширительно — символ могущества. Итак, это символ «означающее», и это слово не должно служить для названия «пениса» — телесного полового признака, симметрично и комплиментарно соответствующего вагине.

Эти два органа — пенис и вагина — совершенны, могущественны и полноценны и изначально ощущаются их соответствующими носителями как возможное вместилище сильного, активно или пассивно воспроизводимого наслаждения. Легко считать, что каждый может быть ими удовлетворен, однако в действительности это не так.

Пенис или вагина не только выполняет гедонистическую функцию, но и провоцирует у ребенка интерес, вызывает любопытство, порождает страхи, которые, с одной стороны, соотносятся с сексуальным наслаждением (последнее, соединяясь с чувством вины, вызывает страх *гениталь-ной* кастрации), а с другой — затрагивают более или менее драматичным образом чувство нарциссической идентичности и телесной целостности.

Различным образом открывая себя через наличие—отсутствие органа, ребенок того и другого пола сталкивается с реальностью, которую он, учитывая свою концептуальную оснащенность на данный момент, не способен интерпретировать в сексуальном смысле. Возникающий вследствие этого специфический страх связан с идеей — необоснованной, но упорной — в соответствии с которой обладание пенисом есть знак полноценности и завершенности, а его отсутствие (или риск его утраты, что приводит к тому же самому) — знак лишения или нехватки. Чувство, тесно связанное с депрессией. В этом случае можно говорить о страхе *нарциссической* кастрации.

Таким образом, слово «фаллос» может имеет двойственный смысл.

— С одной стороны, оно представляет собой ложную фигуру *интерпретации*, в соответствии с которой обладатель пениса является единственно совершенным и полным существом. Ребенок правильно воспринимает природное различие, но умозаключение, которое он выводит из этого восприятия, ложно в том, что касается иерархии полов.

— С другой стороны, в позитивном в отличие от предыдущего смысле фаллос может стать также *репрезентацией* (как это подсказывает этимология), которая делает его пригодным к базовому нарциссизму или, иначе говоря, к чувству собственной идентичности, интегрирующему как сексуальную идентичность, так и идентичность как тако-

вую. В соответствии с этим все женщины, как и все мужчины, обладают естественным правом располагать «символическим» фаллосом. И вторые, как и первые, могут ощущать себя лишенными его, и мы оказываемся в этом случае в области патологии, одновременно нарциссической и депрессивной.

В целом знаменитая «зависть к пенису», описанная Фрейдом, может иметь две стороны: одна, в большей степени чисто «генитальная» — выражение естественной идентификации с другим полом (мужчина со своей стороны также идентифицируется с женщиной в своей связи с ней); другая — «нарциссическая», более к тому же связанная с биосоциопсихологическими реальностями, часто остающимися в истории человечества случайными.

### **ПРОБЛЕМА НАРЦИССИЗМА**

Термин нарциссизм (так же, как и «фаллос», «пол» или «кастрация») не имеет однозначного смысла. О нарциссизме и его специфике написано столько, что здесь невозможно воспроизвести все теоретические положения, вытекающие из этих исследований. Мы ограничимся тем, что может быть полезным в изучении его патологии, т.е. депрессии.

Можно полагать, что Нарцисс и Эдип описывают *«различным способом две разные модели аффективного и отношенческого функционирования и что эти два направления соответствуют топологическим и психогенетическим этапам в их совершенной прогрессивной преемственности»*. Но можно также добавить, что эти два направления могут рассматриваться как *«одновременно инициальный и постоянный (а значит, синхронический) диахронический конфликт любого индивида»*. В конце концов этот конфликт определяется *«как противоречие между двумя поколениями конфликтов»*<sup>1</sup>. Иными словами, появляясь, с точки зрения психогенеза, последовательно, Нарциссическая и Эдипова фазы все же остаются тем не менее актерами сосуществующими, действующими попеременно или одновременно на всей протяженности бытия.

Добавим, что, несмотря на то, что первой можно приписать не только пре-, но и антигенитальную функцию, они не антиномны, а напротив, идеально сочетаемы, по крайней мере тогда, когда их уравновешенное действие, их интегрированность оказываются успешными. В сущности, слово «нарциссизм» страдает от своей истории, т.е. досадной привычки использовать его лишь для описания его искажений или утраты целей, иначе говоря, его патологии.

Несчастливая судьба персонажа, предоставившего ему свое имя, дает основания для осторожности. Здесь появляется персонаж, раздираемый лю-

<sup>1</sup> Bergeret J. La pathologie narcissique. Dunod, 1996.

## ТЕОРИЯ

бовью к объекту, являющемуся не кем иным, как им самим. Итак, исключительность этого незрелого, аутоцентрированного, более эротизированного, чем сексуализированного, отношения к «Себе», установившегося созерцанием идентичности субъекта, может привести лишь к неудаче смертельного финала. Но, к счастью, существует другой аспект нарциссизма — хранитель и секундант жизни, совершенный защитник души.

Итак, можно описать нарциссизм — хороший нарциссизм,— осуществляющий формирование единого, законченного, совершенного и целостного образа себя, который, будучи «*либидинальным дополнением эгоизма*», свойственного инстинкту самосохранения, как говорил Фрейд, все же выходит за пределы примитивного аутоэротизма для того, чтобы благоприятствовать позитивной и дифференцированной интеграции образа другого, особенно другого, в его сексуальном статусе. И который, наконец, создает и поддерживает минимальную и обязательную «любовь к себе», необходимую для любого физического и психического выживания, что в распространенном клиническом выражении называется «удовольствием функционирования».

Можно еще добавить следующее. Важно то, что происходит на стадии сообщения/связи между различными уровнями, передачами или этапами как генеза, так и достигнутого этапа организации психики. То, что имеет значение для данного субъекта,— это не столько застывшая «архитектура» или терминологически описанный структурно закрытый и неподвижный тип, сколько мобилизационные способности этого субъекта, его возможность гибко использовать различные частичные составляющие своей психической организации, особенно его свобода (или ее отсутствие) связывать («*Bindung*» Фрейда) свой нарциссизм и сексуальность.

**ФАЛЛИЧЕСКАЯ СТАДИЯ**

Классически описываемая после Фрейда в качестве эволюционного промежуточного звена между анальной фазой, за которой она следует, и Эдиповой фазой, которую она начинает, «фаллическая стадия» обычно рассматривается в рубрике так называемых прегенитальных стадий. На сам же деле ситуация несколько более сложная.

Говоря обобщенно, ребенок на третьем году жизни может установить относительное объединение своих парциальных влечений под определенным приматом *генитальных органов и фантазов*. Пока еще нельзя говорить о примате *генитальности*, т.е. о настоящей генитализации либидо. Реально ребенок еще не располагает способностью различать «половой орган» в собственном смысле слова. Он может видеть в мужском половом органе — пенисе,— являющемся в этом возрасте преимущественно объектом рассматривания и любопытства, лишь часть тела, атрибут существования и



обладания. Это верно как для мальчика, наделенного им, так и для девочки, лишенной его. Для него и для нее пенис — не «половой орган», а анатомический придаток, имеющий смысл (помимо аутоэротического гедонистического потенциала) знака, приписывающего чувство совершенства и телесной завершенности. Если будет позволена такая семантическая вольность, пенис в это время есть лишь **«нарциссический орган»**<sup>1</sup>.

В случае Эдиповой фазы мы встречаемся с той же проблемой, что была описана выше в связи с нарциссизмом и генитальностью. Вот почему для того, чтобы обозначить этот очередной этап психогенеза, более правильно следовало бы говорить о **«фаллической позиции»** — позиции, которая, занимая исходно диахроническую эволюционную фазу, синхронически присутствует в течение всей жизни благодаря повторению или структурному постоянству.

### ИДЕАЛ-Я И ИДЕАЛ-СЕБЯ

Термин «Идеал-Я» вызывает в настоящее время множество вопросов.

Известно, что «Идеал-Я», или «Я-идеал» (исходно синонимические формулировки), есть выражения, которыми Фрейд назвал структуру Я — *«наследника нарциссизма»*, как он уточнял. Этот идеал, утвержденный через другого, является нарциссическим материнским объектом, содержащим в себе собственного отца матери, и в некотором роде осуществляет функцию призвания, накладывая на ребенка виртуальное побудительное предписание: *делай это, будь большим, красивым, сильным — как родители*. Модель, в соответствии с которой субъект пытается сообразоваться, и то, с чем Я постоянно соотносится, — Идеал-Я — есть одновременно и замена утраченного нарциссизма детства (инфантильное всемогущество), и продукт идентификации как с родительскими фигурами, так и с их социальными соответствиями. Заметим, что слово «Я» было использовано для перевода немецкого «Ich», что означает «Je», а не «Moi»<sup>2</sup>. Кроме того, «Moi» — форма винительного падежа, а не именительного; таким образом, оно не может использоваться для обозначения глагольного лица, занимающего место субъекта<sup>3</sup>.

<sup>1</sup> В оригинале: *«sexe narcissique»* (фр.) — нарциссический половой орган (прим. пер.).

<sup>2</sup> Во французском языке «Je» — безударное личное местоимение первого лица единственного числа, которое употребляется только с глаголом и является показателем его личной формы. «Moi» — ударное местоимение первого лица единственного числа, которое используется самостоятельно, не в глагольной форме (прим. пер.).

<sup>3</sup> В русском языке в данном случае полностью адекватный перевод невозможен: «Je» и «Moi» переводятся одним местоимением *Я* в именительном падеже, тогда как «Себя» соответствует винительному падежу. Поэтому в зависимости от контекста мы будем использовать термины «Себя», «Я-сам», «Самость» (прим. пер.).

Исходя из строгой семантико-лингвистической точки зрения следует заменить «Moi» («Я») на «Soi» («Себя»), возвратная форма которого к тому же использовалась в этом значении как в работах Фрейда (1914), так и Абрахама, работах, в соответствии с которыми Я является локализацией либи-динальной загрузки, как и любой внешний объект. Иными словами, Я — это не только посредник между «Je» (Я-личное) и внешней реальностью, но и (и в этом случае речь идет о «Себе») объект любви. Таким образом, появляется «*либидо Себя*» (более подходящее название, чем «либидо Я»), противопоставляющееся объектному либидо.

Эти теоретические рассуждения не безразличны для практики. В сущности, впервые после первого поколения фрейдистов, использовавших сексуальность как ключ к толкованию неврозов, после кляйнианцев, поместивших ненависть и разрушение в сердцевину любого объектного отношения, мы видим третье направление исследования. Оно перемещает интерес психоанализа на смешанные расстройства, все чаще и чаще встречающиеся в повседневной клинике и называемые пограничными состояниями или пограничными расстройствами. Представляется, что они весьма тесно связаны с ощущением и идентичностью себя. Здесь мы переходим в теоретическом плане к идее Себя (Self<sup>1</sup>), ставшего объектом всякой нарциссической загрузки.

Исследования, проводимые во Франции (Грюнбергер<sup>2</sup>, Бержере<sup>1</sup>), привели к глубокой проработке теоретических и практических концепций, таких, как «нарциссическая диада и триада», «ранний травматизм», «базовое насилие», «эссенциальная депрессия» и пр.

### ДЕПРЕССИЯ

Это общее и квазиспецифическое название нарциссической патологии. Нам представляется столь же естественным, сколь и обязательным, завершить наше изложение теоретико-клиническим обзором этой так часто встречающейся в клинической практике патологии.

Сначала коснемся стойко укоренившегося предрассудка, бытующего даже в среде специалистов. Этот предрассудок ясно выражен в том значении, которое придается тому, что принято называть «**реактивными**» депрессиями. Иными словами, многие психопатологи в соответствии со здравым смыслом обнаруживают для значительной части депрессий непосредственные и устанавливаемые «причины», не только эмоциональные или аффективные, но и социальные, экономические и пр. Представляется, что трудно безоговорочно согласиться с подобным подходом. По-

<sup>1</sup> Термин, широко распространенный в англоязычной литературе.

<sup>2</sup> Grunberger B. Le narcissisme. Payot, 1971.

<sup>3</sup> Bergeret J'. La violence fondamentale//Bibliothque scientifique. Payot, 1994.

добные депрессии, в сущности, крайне редки, даже состояние скорби, пусть и глубокой, следующее за тяжелым трауром, превращают в «депрессию», которой она не является. Тем не менее данная концепция в терапевтическом плане не является незначительной.

С другой стороны, часто замечают: «*Что же такое ego (ее) настолько печалит? У него (нее) есть все, чтобы быть счастливым (ой)*», поражаясь тому, что «счастье» не является эффективной вакциной или пилюлей от депрессии. По правде говоря, немногие клиницисты, к сожалению, задаются этим вопросом, большинство же поддается легкости применения симптоматического воздействия, позволяющего использовать современную удобную фармакопею, успех которой, как и ничтожный долговременный результат, мы знаем.

Третье наблюдение: «скорбящие» обычно себя лучше чувствуют — факт широко известный, но непонятный, — когда преодолевают реальные трудности, порой тяжкие, в том числе и объективный, особенно болезненный траур. Странная загадка, противоречивое, парадоксальное, непонятное, если не беспокоящее замечание. В то же время психоанализ нам просто объясняет, что мазохистическая и бессознательная потребность в наказании у подавленных или депрессивных пациентов естественным образом удовлетворяется реальным несчастьем.

Отметим также, отвлекшись от точки зрения нейронаук, сводящих всю психическую деятельность, а следовательно любую патологию этой области, к четкой «научной» игре синапсов и нейротрансмиторов, что сегодня лишь психоанализ рискует совершать адекватную попытку понимания этиогенеза депрессии. В сущности, до нынешнего дня нейронаука не преуспела в обосновании удовлетворительного каузального объяснения психических болезней. Биологическая терапия, которую они развивают, есть не более чем симптоматическая терапия, «*химическая смирительная рубашка*» — острое словцо, удачно найденное уже в 60-е годы.

К тому же психоаналитическая практика демонстрирует нам, что де-прессивность и депрессия развиваются на уже подготовленной и благоприятствующей почве, иными словами, в рамках определенной структуры, определенной личностной организации. Депрессия не просто случается, к ней нужно иметь предрасположенность. Вопрос заключается в том, чтобы выяснить происхождение этой предрасположенности.

Не будем говорить о больших психотических депрессиях, которые встречаются в рамках маниакально-депрессивного психоза и в отношении которых нельзя исключить действие биогенетических энграмм, в той или иной степени, как это показывают некоторые исследования, наследственных.

У депрессивных пациентов, какого бы типа не была их депрессия, можно обнаружить симптомы, которые можно было бы назвать «родовы-

ми». Помимо всегда встречающейся психомоторной заторможенности на первый план часто выходит *чувство малоценности*, выраженное идеями разрушения, недостойное™, стыда, вины... за настоящие или прошлые, часто воображаемые «ошибки» или «проступки». Эти идеи, свидетельствующие о глубоких изменениях процессов мышления, могут доходить до бреда и приводить к суицидам, весьма рискованным при любых настоящих депрессиях. Что означает это самоуничтожение, эта утрата самоуважения, реально определяющая феноменологию депрессии?

В сущности любая депрессия в своем основании в определенной степени является «реактивной», но не в том смысле, который мы критиковали выше. Реальный смысл депрессии — **внутренний траур**, утрата нарциссического объекта, образующего Самость, т.е. чувства ценности. Испытываемое страдание существенным образом связано с обесцениванием нарциссического образа себя самого, каким бы не был фактор стечения обстоятельств. Это то, что лучше объясняет страх быть покинутым или страх утраты объекта, который характеризует экономию депрессии, а скорее так называемое «анаклитическое» объектное отношение (от греческого «анаклинейн», означающее «опираться на» или «о» другого), представляющее собой нечто вроде позитивной попытки постоянного восполнения испытываемой внутренней нехватки. Но внутренний нарциссический объект у депрессивных и/или подавленных субъектов никогда не был установлен, во всяком случае полным и удовлетворительным образом. Траур, видимо, это в большей степени не-досоздание, нежели утрата, что функционально, если не структурно, сводится к одному и тому же. К этому следует добавить, что, установившись в раннем детстве во время развития психики, это «недосоздание», зависящее от причин, на которых мы не можем здесь задерживаться (главным образом несостоятельность или осложнения ранних отношений на нарциссическом уровне), имеет в силу этого исторический характер. Депрессивность, нарциссическая «болезнь», совершенно так же как и депрессия, является расстройством *развития* нарциссизма. У личностей данного типа она смогла стать постоянной, т.е. структурной.

#### **ЗАМЕЧАНИЯ ТЕРАПЕВТИЧЕСКОГО ПОРЯДКА**

Заниматься депримированными пациентами вещь не столь уж простая и не лишенная риска.

Первое, что требуется от психотерапевта или аналитика,— это понимание наблюдаемых феноменов и терпение. Терапия депрессий всегда длительна и деликатна.

Во-вторых, следует остерегаться любых незрелых интерпретаций того, что может показаться «эдиповским материалом», что может послу-

жить наилучшим способом быть вовлеченным в заговор сопротивления (именно эдиповского), охотно используемого пациентом. Это именно то, что обеспечит неудачу лечения. Не стоит забывать, что импульсивное чувство вины защищает от нарциссической раны.

В-третьих, следует быть очень настороженным ко всем проявлениям контртрансфера, которые рискуют, более или менее осознанно, превратиться в запечатленный активный заботы. Правилom остается нейтральность и закрытость.

В конце концов следует помнить краткий совет, который Бела Грюнбергер дал всем, аналитическим или нет, психотерапевтам: *конечно, фрустрировать влечения, но прежде всего поддерживать нарциссизм.*

Именно в восстановлении последнего следует сотрудничать на первом этапе, который может продлиться весьма долго. Сам Фрейд говорил, что, *«воздерживаясь от того, чтобы давать пациенту обычные (генитальные) интерпретации, можно, без сомнения, легче продвигаться вперед».*

## ГЕНИТАЛЬНЫЕ СТАДИИ

### 1. Комплекс Эдипа

По своей фундаментальной роли *центрального организующего элемента структурирования личности* Эдипов комплекс, которому Фрейд дал это имя по аналогии с античным мифом, представляет собой для психоаналитиков-фрейдисход, к какой бы школе они не принадлежали, основную направляющую психогенеза человека.

Основной конфликт (появляющийся между 3-м и 5-м годами) впредь становится *специфически сексуальным* конфликтом, вписанным в *проблематику троих* — также называемую **триангулярной**, или *тройственной*, — между тремя близкими участниками: отцом, матерью и ребенком, начинающим наконец настоящую *генитализацию либидо*.

### Общие положения и определение

■ **Именно в процессе собственного самоанализа** Фрейд открывает Эдипов комплекс; самоанализа, позволившего ему понять, что на определенном этапе собственного раннего детства его *«либидо было обращено по направлению к matrem»* (отметим эту латинизацию слова «мать» в тексте Фрейда), тогда как к отцу он в то же время испытывал *ревность, противоречащую любви, которую он к нему чувствовал*.

Таково в точности, в своей мнимой простоте, определение Эдиповой ситуации, какой она обычно подразумевается у мальчика, ситуации, *негативный аспект* которой — в данном случае враждебность к отцу — длительное время трудно воспринимался! по причине как *амбивалентности*, так и *реактивной внешней оболочки нелепости* по отношению к отцу Оди́п, ставший Гамлетом, говорил Фрейд), которые могут маскировать этот негативный аспект.

Однако по ту сторону обыденного упрощения опыт оказывается, без сомнения, куда более сложным. На самом деле речь идет не только и, может (быть, не столько о ситуации простого любовного соперничества. Данная ситуация приобретает различные формы у одного и того же ребенка!. Примем в качестве типического *елтучай мальчика*, у которого Эдипов кюмплекс может быть представлен:

*а)* либо так называемой **позитивной** (формой, включающей:

— ее собственно позитивный аспект (вернее сказать, «либидиналь-ный») — *любовь к матери*;

— негативный аспект (или, вернее, «агрессивный») — ненависть к отцу.

*б)* либо **негативной**, или **инвертированной**, формой, в которой:

— позитивный или либидинальный аспект представлен *женским неясным отношением мальчика к отцу*;

— тогда как негативный или агрессивный аспект — ревнивой враждебностью по отношению к матери;

*в)* -либо, наконец, и чаще всего целой серией **смешанных** случаев и также **смешанных периодов**, когда две ее предыдущие формы могут участвовать одновременно или раздельно в диалектической связи, вводя в действие помимо *амбивалентности* по отношению к каждому из обоих родителей *гетеро- и гомосексуальные составляющие* каждого ребенка. Эт\*и две формы (позитивная и негативная) «различной степени выраженности встречаются при так называемой *полной* форме Эдипова комплекса!» (Лаиланш и Понталис).

■ *Психоаналитическая антропология* (стремится обнаружить Эдипову треугольную структуру, которой она приписывает универсальность, в самых различных культурах, а не только, как это, например, утверждал Малиновский, ссылаясь на «культурный релятивизм» фундаментальных комплексов, в обществах патриархального типа, где преобладает брачный тип семьи.

Очевидно, в качестве воображаемой миодели в форме, в которой он проживается, Эдипов комплекс находится под влиянием такого *социального института, как семья*, и, следовательно, способен изменяться в соответствии с трансформацией последней, как это позднее и было пока-

зано. Но явно наблюдаемые различия в *формах проявления* Эдипова комплекса в зависимости от культуры и общества лишь подтверждают тезис Фрейда, старавшегося подчеркнуть *значение семейной структуры* в становлении *символической системы*, предназначенной для встраивания в определенный социокультурный контекст, для переноса *фундаментального закона* в социальные отношения.

■ **Запрет инцеста** и есть этот закон.

Это всегда и везде обнаруживаемое *универсальное и минимальное* условие различает «культуру» и «природу» (Леви-Стросс).

Начиная с первых определений Фрейд делает ссылку на детерминанту, пронизывающую историю человечества и жизнь индивида. Здесь уместно напомнить гипотезу, развиваемую в «Тотеме и табу» (1912-1913), гипотезу, очевидно дискуссионную и неverifiedируемую, но понимаемую как миф, объясняющий требование овладеть Эдиповой ситуацией, которое предъявляется каждому человеческому существу и по которому предполагается, что примитивное человечество организуется в орду, руководимую предводителем, однажды убитым и съеденным своими сыновьями. Это убийство праотца рассматривается как исходный момент человечества и пробуждает первое «угрызение совести», так называемые *первый грех* и *первый запрет*.

■ **По поводу предэдиповой «структуры».** Позиция З. Фрейда оставалась нюансированной. Тем не менее считается, что он всегда допускал, что в жизни индивида существует период, предшествующий Эдиповой фазе, в отличие от кляйновской школы, которая размещает комплекс Эдипа в интервале от так называемой депрессивной позиции до появления отношения к целостным лицам. К тому же, когда *предэдипова* фаза выделяется и даже противопоставляется Эдиповой, подчеркиваются существование и следствия *сложных отношений бинарного типа* между матерью и ребенком и делаются усилия обнаружить фиксации данного отношения в самых различных психопатологических структурах. Можно ли в данной перспективе продолжать рассматривать как абсолютно достоверную знаменитую формулировку, превращающую Эдипову фазу в «ядерный комплекс неврозов»? Можно отметить следующее.

Представляется, что в настоящий момент охотнее обсуждается **«три-ангулярность»**, нежели Эдипов конфликт в смысле, подразумеваемом Фрейдом. Все в большей степени делается акцент на достаточно раннем моменте, когда мать после рождения «возвращается в постель отца», т.е. вновь загружая своего сексуального партнера и разгружая тем самым, по крайней мере относительно, своего ребенка (см. по этому поводу недавнюю книгу Дениз Брауншвейг и Мишеля Фэйна «Eros et Anteros»).

**Возраст Эдиповой стадии** сначала оставался для Фрейда относительно недетерминированным. Однажды обозначив существование детской *генитальной* организации, он связал с этой фазой приблизительно период от 3 до 5 лет. Однако мысль Фрейда по этому поводу эволюционировала: после утверждения, что Эдипова фаза заканчивается к 5 годам, по крайней мере у мальчиков, он допускал впоследствии, что она лишь вытесняется, выбор объекта полностью осуществляется лишь к *пубертату* и детская сексуальность остается преимущественно аутоэротической.

Наконец, именно ввиду особого значения *предэдиповой привязанности к матери*, отмечаемой, в частности, у девочки в той мере, в какой Эдипов комплекс означает для нее замену объекта любви с матери на отца, с этим вопросом связана проблема женской **Эдиповой стадии**, что побуждает психоаналитиков обращать внимание на специфичность женской Эдиповой фазы.

■ **Попытка определения.** В заключение можно попытаться, обобщая, без претензии быть исчерпывающим, определить Эдипову фазу как: 1) *фундаментальную проблему социального измерения*; 2) *конфликтную и структурирующую*; 3) *историческую* в смысле ее появления в относительно ранний момент развития каждого индивида, когда она придает аффективно-сексуальному развитию последнего и его прогнозу характер *квазиразрешения*; 3) *универсальную*; 4) и, наконец, точно определенную *триангулярной структурой*, образуемой *ребенком*, его *естественным* объектом и *носителем закона*.

К тому же следует настаивать на *основополагающем* характере Эдиповой фазы, поскольку она представляет собой исходный узел всех человеческих взаимоотношений по ее фундаментальной роли в *структурировании личности и ориентации, которую должно приобрести желание взрослого человека*, роли, которая подтверждается основными свойственными ей функциями, в первую очередь:

- *окончательного выбора объекта любви*,
- *перехода к генитальности*,
- *формирования Сверх-Я и Идеала-Я*.

#### **Эдиповское объектное отношение**

■ Не будем напоминать **саму историю Эдипа** в том виде, в каком она представлена в трагедии Софокла, она достаточно хорошо известна. Однако сейчас часто забывают, что после трагедии «Эдип-Царь» (430 г. до н.э.) Софокл написал также «Эдипа в Колоне» (460 г. до н.э.), где состарившийся Эдип, по-прежнему физически слепой и сопровождаемый Антигоной, обретает тем не менее безмятежное и спокойное ясновидение



своей трагической судьбы, позволяющее ему нести ее с достоинством и душевной стойкостью.

Добавим, что именно тогда, когда *архаические фиксации*, сильно нагруженные на отца и (или) на мать, воспроизводятся по отношению к другому мужчине или другой женщине, речь идет о неврозе. Иначе говоря, преодоление Эдиповых тенденций представляет собой предварительное условие перехода к нормальной взрослой сексуальности, тогда как их *бессознательная фиксация* закладывает краеугольный камень невроза.

■ **Эдипов комплекс у мальчика.** Развитие объектных отношений имеет в этом случае относительно простой характер, поскольку мальчик остается привязанным к своему первому объекту — матери, хотя ее личность очевидным образом меняется от направления до способа загрузки.

1. Вначале **зависимый от матери** (ее *власти и ее желания*), мальчик, *столкнувшись с отношениями между родителями*, вводит отца в диаду мать—ребенок в то же самое время, когда он понимает, что *объект материнского желания* на самом деле находится у отца, обладающего фаллосом, являющимся *атрибутом авторитета*, могущества и закона. С этого момента мальчик начинает проявлять два вида привязанности.

2. В первую очередь, разумеется, это **явно сексуальная объектная загрузка матери**, для завоевания которой используются все захватнические и агрессивные ресурсы, подтверждающие фаллическую позицию. Благодаря первичной идентификации с отцом мальчик чувствует себя приобщенным к его магическому могуществу. Тем не менее с этого момента и до контакта с реальностью:

— сырая компульсивная **агрессивность** подвергается сублимации (игровая активность, школьные достижения);

— сама первичная **гедонистическая цель** также сублимируется в сентиментальную цель, позволяющую ребенку заслужить одобрение взрослых и усилить доверие к себе.

В любом случае в своих попытках завоевать материнский объект мальчик встречает *соперника* в лице своего отца, соперника, которому он *завидует из-за его реального превосходства* и которого он *переоценивает* из-за его символического значения, в то время как эдиповские фан-тазмы только *усиливают фантастические темы кастрации*.

*Чувство вины у ребенка возрастает*, так как именно *присутствия*, реального или символического, отцовского образа достаточно для утверждения *права*, против которого он восстает.

3. Второй тип привязанности заключается в самой форме, называемой позитивным Эдиповым комплексом мальчика, в **либидинальной привязанности к отцу**, который должен быть способен поддерживать фантазматическую загрузку своего сына в двух планах:

/

## ТЕОРИЯ

— естественно, в качестве соперника для вытеснения;

— но также и, может быть, прежде всего в *качестве модели для подражания*, на которую следует походить (благодаря процессу *идентификации*). Желание сына *сводится не только к тому, чтобы заменить* своего отца, но и чтобы подражать ему в качестве модели. Это предполагает, что каждый мальчик нуждается в инвестировании отца, мужчины-обладателя матери, в пассивном либидо. Иначе говоря, подражать отцу значит также *играть в отца*, дать себя сформировать, уподобить, желать быть оплодотворенным им... то, что совершенно типичным образом определяет *пассивную гомосексуальную* позицию, роль которой на этой стадии заключается лишь в обеспечении созревания и структурирования.

В любом случае эта чисто либидинальная привязанность к отцу со стороны мальчика указывает одновременно:

- 1) на сложную проблему **двойной**, отцовской и материнской, **идентификации** ребенка;
- 2) на то, что отношение к отцу мальчика на Эдиповой фазе отмечено прежде всего **амбивалентностью** и несводимо к простому проявлению враждебности;
- 3) и, наконец, на другой аспект патогенеза **человеческой бисексуальности**, значение анальных детерминант которой мы уже отмечали.
- 4) Однако Эдипово соревнование носит **не реальный, а только фан-тазматический характер**, поскольку мать уже выбрала отца и может дать ребенку лишь материнское утешение, освобожденное от эротического либидо.

С этого момента:

Убежденность в бесполезности его усилий позволит ребенку:

— *преодолеть свой страх кастрации*;

— отказаться одновременно от попытки эротического соблазнения матери и соревнования с отцом;

— обратиться, наконец, к *завоеванию замещающих объектов*, поскольку полная ликвидация Эдипова конфликта сопровождается отщеплением, которое без разрушения загруженных объектов целиком позволяет мальчику «пройти траур» по поводу этих объектов, освобождая ли-бидинальную энергию, готовую к перезагрузке в *новые объекты*.

Помимо этого необходимо, чтобы мальчик мог *оставить всякую тактику соблазнения по отношению к сопернику-отцу*.

Нежное женское отношение мальчика к отцу имеет структурообразующий характер лишь в той мере, в какой оно может быть преодолено. В противном случае и при наличии *комплекса кастрации*, свидетельствующего о неразрешенной Эдиповой ситуации, данная фиксация способствует установлению бессознательной пассивной гомосексуальной позиции.

**В качестве заключения.** Мы обнаруживаем у мальчика следующую по следовательно сть:

— Эдипово желание;

— фантастическая угроза кастрации отцом и страх кастрации, преодоленный одновременно за счет идентификации с отцом (агрессором) и отказа от матери (инцестуального объекта);

— резкий обрыв Эдиповой фазы и переход в фазу латентности.

У девочки развитие идет отличным образом, поскольку страх кастрации, напротив, является началом Эдипова желания.

■ *Эдипова фаза у девочки: смена объекта.* В данном случае развитие объектных отношений носит более сложный характер, поскольку необходимо, чтобы девочка сделала дополнительный шаг, *трансфер от матери к отцу.*

1. Весьма важным в этом случае является опыт **разочарований, отворачивающий девочку от матери.**

Среди них мы обнаруживаем отнятие от груди, обучение чистоплотности, рождение братьев и сестер..., но, кроме того, существует еще одно, специфически женское и более важное разочарование: *у девочки создается впечатление, что она когда-то обладала пенисом, но мать его отняла.*

2. Ее целью становится **получение от отца того, в чем ей отказала мать.** И так, пишет Фрейд, «... отказ от пениса происходит лишь после попытки компенсации: ...получить ребенка от отца в качестве подарка, родить ему ребенка». В любом случае отсюда исходят *рецептивные тенденции*, заменяющие активные. И девочка обращается к отцу, — а вторично и к другим мужчинам — *не только в стремлении вновь обрести мужественность*, но и чтобы снискать восхищение того, кого мать выбрала как объект любви, т.е. соблазнить его.

3. Добавим к этому то, что происходит у мальчиков — **ревнивую враждебность, нагруженную чувством вины, по отношению к матери.** Однако некоторые пережитки предэдиповой привязанности к матери — отметим, более длительные, чем у мальчиков, — продолжают сохраняться, и можно предполагать, что в целом *женщины в большей степени амбивалентны по отношению к матери*, чем мужчины по отношению к отцу.

■ *Разрушение Эдипова комплекса.* Эволюция Эдипова комплекса позволила Фрейду понять специфичность мужской и женской судьбы.

**Мальчик** отказывается от чувственных желаний по отношению к матери и враждебных по отношению к отцу, что происходит под влиянием угрозы кастрации. В терминах Фрейда речь идет не столько о простом вытеснении комплекса, сколько о его настоящем расчленении, расщеп-

лении и даже разрушении. Мы уже отмечали изменения мнения Фрейда по этому поводу. С другой стороны, известно о *повторном Эдиповом развитии в пубертате*, дающем человеку последнюю возможность спонтанного разрешения Эдиповой проблемы.

**У девочки** отречение от Эдипова комплекса носит более градуированный и менее законченный характер. Это отречение проистекает из *страха утраты любви матери*, страха, который не обладает столь мощной и динамичной силой, как *страх кастрации*, но который, однако, играет сходную роль. И, наконец, вмешивается сама *нарциссическая рана* (связанная с телесной недостаточностью), запуская *вытеснение* первого Эдипового явления (инфантильного). Отметим, что эта нарциссическая рана также имеет место у мальчика, рассматривающего себя как обладателя слишком маленького члена.

**Заключение.** С разрешением Эдипова комплекса объектные выборы (термин, описывающий желание сексуального обладания каким-либо индивидом, например влечение мальчика к матери) *регрессивно* заменяются *идентификациями* (что включает в себя желание стать похожим на кого-нибудь, например у мальчика, имитирующего черты отца).

Однако подобная «регрессия» на самом деле является прогрессом. Разрешение или отказ от Эдипова комплекса сопровождается *освобождением* огромного количества *энергии*. Это высвободившаяся энергия обычно инвестируется в *получение интеллектуальных навыков*. К тому же она остается предуготовленной к тому, чтобы позднее быть *реинвестированной в новые объекты*.

### **III Результаты, роль и функции Эдипова комплекса**

**1. Эдипов комплекс является узловым пунктом**, вокруг которого упорядочиваются отношения, структурирующие *человеческую семью* в широком смысле *общества* в целом. Это момент, когда человеческое существо *в первый раз сталкивается с социальным феноменом*. Можно считать, что одно из следствий Эдипова комплекса — в особенности по отношению к *запрету инцеста* и становлению морали — представляет собой *победу вида над индивидом* (Фрейд, 1924).

**2. Эдипова фаза есть также образующий момент психической жизни.** Обуславливающая ее сексуальность достигает здесь своего апогея наряду с *переходом к генитальности*, характеризующейся помимо прочего:

- приматом генитальной области;
- выходом за пределы первичного аутоэротизма;
- ориентацией на внешние объекты...

Эдипова фаза отмечает вершину инфантильной сексуальности, а также она возвещает о ее временном ослаблении, характеризующемся относительным ослаблением влечений латентного периода.

Эдипов конфликт также принимает участие в **формировании качества реальности объекта**, который аутентифицируется как глобальный, целостный и *сексуализированный* объект, замещающий парциальные объекты прегенитальных влечений. Однако существование этого сексуальный объекта — в качестве Эдипова объекта — лишь эфемерно, поскольку он должен быть покинут; обычно его оживление происходит за счет *переноса* родительского образа на другие целостные объекты.

Таким образом, в любом случае понятно, как Эдипов комплекс определяет **решающий выбор объекта любви**, что является одним из достаточно значительных следствий данного опыта.

**3. И, наконец, Эдипов комплекс играет первостепенную роль в формировании различных интраперсональных инстанций**, обсуждению которых мы посвятим последнюю часть нашего обзора.

**Я, Сверх-Я, Идеал Себя...**

«Сверх-Я есть наследник Эдипова комплекса». Это фундаментальное утверждение Фрейда никогда не было ни опровергнуто, ни оспорено. Кроме того, Фрейд писал, что «формирование Сверх-Я можно рассматривать как случай *успешной идентификации*».

### **III Идентификация**

1. Этот термин описывает, по мнению Лапланша и Понталиса, «психологический процесс, благодаря которому субъект ассимилирует облик, качества, свойства другого и трансформируется, целиком или частично, по образу последнего. Личность образуется и дифференцируется посредством серии идентификаций». Для Фрейда «Я образуется посредством осаждения старых объектных идентификаций» или же «*отношение с утраченным объектом заменяется идентификацией Я с объектом*».

2. Существуют, *grosso modo*<sup>x</sup>, два крупных идентификационных, формирующих и дифференцирующих личность явления:

— *первичная идентификация* — примитивный способ *формирования* субъекта по модели другого, коррелят отношения *оральной инкорпорации*, имеющего целью прежде всего обеспечение *идентичности субъекта*, формирование *Себя* и Я<sup>2</sup>, исходящего в существенной степени из *нарциссического регистра*;

<sup>x</sup>В целом, огрубленно (*прим. пер.*)

<sup>2</sup> В оригинале: Soi и Je. Soi — ударное возвратное местоимение *себя, себе*; в данном случае скорее имеется в виду порождение понятия «себя» как объекта. Je — личное безударное местоимение *я*, являющееся во французском языке служебной формой, употребляющейся только с глаголом, в данном случае имеется в виду понятие себя как автора действия. И в том, и в другом случае речь не идет о полноценном понятии субъекта-Мoi (*прим. пер.*).

— *вторичная идентификация*, относящаяся ко времени Эдипова комплекса, осуществляющаяся последовательно по отношению к *обоим родителям* с их половыми свойствами, формирующая *половую идентичность И сексуальную дифференциацию*.

3. В Эдиповом комплексе существуют две одновременные, психологически различные привязанности: *объектная привязанность к матери и идентификация с отцом*; позитивная форма Эдипова комплекса рождается от встречи этих двух привязанностей (случай мальчика).

Реально же в *полной* форме Эдиповой ситуации сосуществуют четыре тенденции и две идентификации: тенденция нежности по отношению к отцу и матери; тенденция враждебности по отношению к отцу и матери; идентификация с отцом и матерью, различия интенсивности этих идентификаций, отражающие *неравенство двух разновидностей сексуального предрасположения*.

Наконец, деструкция Эдипова комплекса предоставляет место для двух «моральных» инстанций:

— *Идеал-Себя*, как мы его назвали в нашей главе «Нарциссизм и ге-нитальность»<sup>1</sup>, *наследника нарциссизма*. Он имеет значение призыва: будь как твой отец...

— *Сверх-Я*, *наследник Эдипова комплекса*, являющееся **интериори-зованным запретом**: не делай того, что ты считаешь недостойным для себя или для другого.

Эдипов конфликт у мальчика реализуется между желанием обладать отцом и чувством, что это мешает идентифицироваться с ним. Выход — отказ от *желания «иметь»* ради *возможности «быть как»*. Таким же образом маленькая девочка должна отказаться от фаллического обладания матерью, чтобы идентифицироваться с ней, отказаться от того, чтобы *быть* отцом в надежде *обладать* отцом.

Заметим по поводу Идеала-Себя, что *идеализация относится к более раннему периоду*, т.е. предшествует Эдипову комплексу, когда ребенок приписывает родителям магические возможности. Но можно сказать, что именно сейчас в первый раз идеализация приобретает черты морального отношения. Более того, наряду с родительской интроекцией в виде законо-образующего образа Сверх-Я Эдипов комплекс должен разрешиться посредством *сублимации* интериоризированного родительского образа.

■ **Развитие Сверх-Я**. Именно *интериоризация* всех прошлых и актуальных запретов (в особенности в отношении сексуального влечения) завершает формирование психической инстанции, называемой Сверх-Я.

<sup>1</sup> См. выше. Несомненно, можно сохранить выражение «Идеал Я», предназначив его для объектного и «самостного» уровня. Напомним многочисленные дискуссии по поводу понятий «Идсал-Я» и «Я-Идсал» (например, спор Д. Лагаша с А. Нюнберггом).

Но следует отметить, что когда речь идет о том, чтобы избежать конфликтов, центрированных на любви, ненависти, чувстве вины и страхе, имеются в виду не реально существующие родители, а родители *идеализированные*, чистые, лишенные недостатков, верные своим собственным принципам и т.д. Так что в конечном счете то, что интериоризуется, это *собственно родительское Сверх-Я*.

Фенихель считает, что многие проблемы, касающиеся формирования Сверх-Я, остаются неразрешимыми. Если это просто идентификация с фрустрирующим объектом Эдипова комплекса, то можно было бы ожидать, что мальчик приобретет «материнское» Сверх-Я, а девочка — «отцовское». Однако, поскольку *все в своем Сверх-Я обладают чертами обоих родителей*, это не совсем так. И Фенихель добавляет, что в наших социальных условиях *определяющим для обоих полов обычно является отцовское Сверх-Я*, наиболее важная идентификация происходит в отношении такого родительского объекта, который рассматривается в качестве источника решающей фрустрации, обычно со стороны отца, в той же мере для девочки, как и для мальчика.

#### ■ **Функции Я, Сверх-Я и Идеала-Себя.**

**Функции Я** центрированы вокруг *отношений с реальностью*. Если кратко, то их цель — добиться определенного компромисса между давлением Оно, Сверх-я и внешнего мира.

**Функции Сверх-Я** центрированы вокруг *требований морали*. Функция критики также предназначена для формирования инстанции, отделяющейся от Я и представляющей доминирующей над ним: «Одна часть Я противопоставляется другой, критически ее оценивает и, можно сказать, рассматривает ее в качестве объекта» (Фрейд, 1917).

Эта цензура по большей части осуществляется *бессознательным* образом, в виде того, что, несмотря на явное терминологическое противоречие, может быть названо «*бессознательным чувством вины*». Это то, что отчасти объясняет *иррациональную* строгость Сверх-Я.

Его образование трансформирует многие психические функции. Так, «страх» частично меняется на *чувство вины*. Сверх-Я наследуется от родителей, причем его источником являются не только угрозы и наказания, но и защита и доверительная любовь, поэтому становится важным находиться в хороших или плохих отношениях со своим Сверх-Я, как когда-то было важным быть в хороших или плохих отношениях со своими родителями. Иными словами, *уважение к себе* — и постоянная разрядка его нарциссического приращения — более зависит не от одобрения или отвержения внешними объектами, а скорее от *внутреннего ощущения* выполненного или не выполненного как должно.

**Что же касается Идеала-Себя**, то это понятие будет долго смешивать-

ваться как с понятием Идеала-Я, так и с понятием Сверх-Я. В качестве дифференцированной инстанции Идеал-Себя образует *модель*, которой субъект желает следовать. Ее главная функция — быть основанием *чувства самоуважения*. Его корни, несмотря на усиленную актуализацию в момент Эдиповой фазы, остаются преимущественно *нарциссическими*. **В качестве заключения** по поводу Сверх-Я:

— Сверх-Я есть наследник Эдипова комплекса и создается с помощью механизмов *идентификации* с интериоризованными, интроецированными родительскими образами;

— Сверх-Я принимает на себя требования, приписываемые родителям; таким образом, это функция в значительной степени зависит от *проекции* и может быть легко репроецирована, т.е. перенесена на появляющиеся авторитетные персонажи. Она может оказаться (и часто оказывается) более строгой, чем сами родители;

— и, наконец, когда ослабеваает вера в родительское всемогущество, Сверх-Я освобождается в той мере, в какой является *автономной системой*, формирующей основу *морального сознания*.

## 2. Латентный период

Наступающий за Эдиповой фазой и ее бурями следующий период (от 5-6 лет до пубертата) развития классически рассматривается как фаза покоя и консолидации достигнутого положения. Речь идет об этапе остановки в сексуальном развитии; не о том, что в нем не наблюдается *сексуальных проявлений*, а о том, что в этот период невозможно описать новую «организацию» сексуальности. Вот почему речь идет обычно о «периоде», а не о «стадии» латентности: бурные сексуальные инстинкты пребывают в бездействии, поведение имеет тенденцию подчиняться *частичной сублимации* и *реактивным образованиям*; наконец, ребенок в это время преимущественно обращается к *областям, отличным от сексуальности*: школе, товарищам по играм, книгам, другим объектам реального мира, хотя *энергия*, питающая эти *новые интересы*, всегда про-изводна от сексуальных интересов.

### Психосексуальное развитие

К моменту разрушения Эдипова комплекса *невозможность реального удовлетворения* влечений, будь она внешней (закон) либо внутренней (допубертатная неадекватность), в сочетании с формирующимся мало-помалу интернализированным *Сверх-Я* и *внешним социальным давлением*, увеличивается, чтобы провоцировать переход к латентной фазе, во вре-



мя которой в основном констатируется *структурная модификация* сексуальных влечений.

Это трансформация не только делает возможным использование энергии влечения, инвестируя ее в *другие объекты*, но в целом позволяет достигать *других целей*, а нарастающее напряжение обретает возможность разряжаться замещающим образом. Так, вначале наблюдается одновременная *десексуализация* объектных отношений и *чувств*, особенно в отношении *преобладания нежности* над сексуальными желаниями.

Считается, что либидинальные тенденции становятся *«ингибированными по отношению к цели»* и трансформированными в нежность (*Zartlichkeit*). Фрейд видел в латентном периоде настоящее перераспределение энергии влечения.

На самом деле этот видимый покой *не так часто реален*, и мастурбация, Эдиповы тенденции и прегенитальная регрессия в определенной мере продолжают. Вот почему малое значение, классически придаваемое здесь сексуальности, не абсолютно, а лишь относительно.

Объектное отношение

Повторим еще раз, что в этот период наблюдается *трансформация загрузки объектов и идентификация с родителями* и что либидинальные желания, направленные на родителей как на объекты любви, заменяются сублимированными выражениями привязанности: *нежностью, благоговением, уважением*.

Этот период также благоприятен для *приобретений* в области *образования, обучения и культуры...*, и это на самом деле момент исключительной восприимчивости в интеллектуальной области. Возраст 7 лет рассматривается в нашей цивилизации как *«сознательный возраст»* во всех смыслах этого слова, и достаточно напомнить насущную нужду в логических объяснениях, демонстрируемую в это время детьми.

Наконец, можно также сказать, что свободная энергия влечения канализируется в *игры*, самую разнообразную *социальную активность*, что приводит в данном случае к настоящей *смене объекта*. По этому поводу говорят, что ребенка все больше и больше привлекают *конкретные объекты*, не представляющие собой продукты воображения, такие, как волшебные сказки, нравившиеся ему в детстве. Этому можно дать два объяснения:

- а)* во время латентного периода дети не рискуют получать удовольствие от абстрактного мышления из-за опасности нового пробуждения сексуальных конфликтов;
- б)* у детей нет в этом необходимости, поскольку их Я относительно сильно и они не находятся в непосредственной опасности.

## ТЕОРИЯ

Тем не менее ребенок старается находиться в близости от объекта любви, по крайней мере вначале латентного периода, когда амбивалентность усиливается, выражаясь в поведении чередованием покорности и сопротивления с последующим раскаянием. Впоследствии враждебные реакции имеют тенденцию к смягчению, ребенок начинает сближаться с другими лицами из своего окружения, чтобы установить с ними Л дружеские отношения. Таким образом, он становится готовым к восприятию влияния других детей и не только родителей, но и других взрослых. Когда он становится способен сравнивать последних, его вера в родительское всемогущество ослабевает.

## 3. Пубертат

В данном случае речь идет не о «стадии», не о «периоде», а о «кризисе», называемом «*подростковым кризисом*», начало\* которого обычно достаточно внезапно обрывает предшествующий ему латентный период.

Заметим, что все более и более усиливается тенденция различать пубертат (соматический) и отрочество (аффективное и межличностное).

В любом случае основной психологической задачей является а, адаптация личности к новым условиям, вызванным физической трансформацией, и все психические феномены, характеризующие пубертат, ^ можно рассматривать как попытки *установления нарушенного равновесия*.

## Психосексуальное развитие

Прежде всего оно характеризуется \ мощным, резким, если не *ft* драматическим, *оживлением влечений* вследствие />е- и *сверхактивации* и как *агрессивных влечений*, так и *либидо*.

*III* Между латентным периодом и пубертатом выделяют *промежуточную фазу*, называемую «*препубертатом*», или «*предподростковым периодом*», во время которого все существующие влечения одинаково загружены. Иначе говоря, *инфантильные* тенденции вновь проявляются во всей своей силе, хотя и *в иных условиях*, тогда как механизмы защиты, трансформирующие негативные тенденции в позитивные, ослаблены или исчезли. Сексуальное развитие представляется возобновленным точно с того же момента, в каком было остановлено в момент разрешения Эдипова комплекса, и воспроизводит с той же точностью интенсификацию Эдиповых влечений.

■ С этим *оживлением*, в особенности (с тревожными сомнениями и по поводу *аутентичности себя, тела, пола, I*, связан также *нарциссический* и

**идентификационный кризис**, образующий, по мнению Маля, новую «стадию зеркала», характеризующую знаменитый «переходный воз-р;аст». Часто даже вне всяких факторов или контекста психотического пюрядка наблюдаются *ощущения «чуждаковатости» и «странности»*. Тревога, иногда острая, проявляется по поводу формы носа, синевы под глазами, изменения черт, чувства усталости..., не говоря уже о развитии с;амых генитальных органов и следствиях этого развития (первые поллю-щие и первые менструации), а также о появлении вторичных половых шризнаков (оволосения, изменения голоса и пр.).

■ Заметим, что мальчик на протяжении всей своей жизни будет продолжать соразмерять *значительную нарциссическую ценность со своим пе-ншсом*, удобным для демонстрации. У девочек в момент пубертата заметит смена интересов (с тенденцией к переносу — всегда через призму нарциссизма), интересов, направленных на генитальные органы (кли-гор, появляющиеся молочные железы), *на все тело в целом*: это все известные формы озабоченности по поводу красоты лица и фигуры, уси-лшия по «сохранению линий», тщательность в отношении одежды, туалета, самого питания в той мере, в какой оно помогает или мешает определенному «идеалу» конституции или поддержанию «форм» и пр.

Наконец, в это время психические структуры могут быть перестроены (психотические, невротические, пограничные...), и в любом случае пубертат предоставляет подростку последний шанс *спонтанного* решения Эдипова конфликта, если этого пока не произошло.

■ **Пубертат в собственном смысле**, идентифицирующийся вступлением в *физическую сексуальную зрелость*, отмечен — особенно у мальчиков — тем фактом, что если раньше увеличение инстинктивной загрузки оставалось, несмотря ни на что, относительно недифференцированным, то с этого момента либидо уже начинает специфическим образом концентрироваться на *генитальных чувствах, целях, мыслях*; преге-иитальные тенденции (по крайней мере внешне и временно) отодвигаются на второй план, что совершенно не мешает им вновь проявиться три первом удобном случае. Последнее в особенности обусловлено тем, что в нашей цивилизации *пути гетеросексуальной реализации* ограничены социальным консенсусом, жестко противостоящим сексуальным связям во время отрочества. Это остается истинным и на пороге 2001 года, (каковы бы ни были кажущиеся изменения).

■ **Мастурбация**. Рано или поздно нарастающие генитальные тенденции находят свое выражение в мастурбационной активности. Необходимость этой активности ощущается (особенно у мальчиков и, очевидно,

менее отчетливо у девочек) одновременно как потребность, *весьма насущная и очень осуждаемая как самим собой, так и другими*. В результате возникает чувство *острой вины*, хотя в нашем социокультурном контексте речь идет о *нормальном феномене*, поскольку он является единственной возможностью удовлетворения сексуальных потребностей.

Мастурбация всегда остается порождающей сильное чувство **вины и тревоги**:

— с одной стороны, за счет *внешнего давления*. Достаточно обратить внимание на устрашающие обывательские рассказы, касающиеся ее мнимой вредности с воображаемыми последствиями: безумием, импотенцией, бесплодием, утратой генитальных органов... Устрашения, чаще всего поддерживаемые взрослыми, защищающимися таким образом от собственного чувства вины и своих страхов по этому поводу;

— с другой стороны, в особенности за счет того, что это чувство вины связано с оживлением *неразрешенных Эдиповых конфликтов* и комплекса кастрации. Не будем забывать, что Сверх-Я образовано замещением внешнего запрета и что куда большее значение, чем сама по себе мастурбация, имеют сопровождающие ее *мастурбационные фантазмы*, которые весьма часто носят Эдипов характер.

### **Замечания**

1. У девочек мастурбация носит клиторный характер, хотя способна к более легкому, чем у мальчиков, «перемещению» на заместители: нос, рот, волосы..., с бисексуальными фантазиями, имеющими отношение к родителям, между тем как сам субъект старается придерживаться двух ролей, чаще роли мазохиста (см. «Ребенка бьют»).

2. *Полное подавление* любой аутоэротической активности представляется для обоих полов не менее патологическим, чем *компульсивное* мастурбирование. И то, и другое свидетельствует о том, что *нижележащие конфликты* (в особенности эдиповские) не разрешены, и их следствия проявляются в той же мере как в плане сексуального поведения, так и в плане социальных связей.

Следует также сказать, что, хотя *связь между неврозом и мастурбацией* и существует, *сами фантазмы и повторение мастурбации* имеют для *невротика* патогенный характер ввиду патогенных конфликтов Оно/Сверх-Я. Иными словами, это опасные *психологические последствия чувства вины и страха*, но не результат мастурбации как таковой.

■ **«Пубертат пройден**, т.е. *сексуальность* включена в личность, когда субъект *способен получать полный оргазм*», — пишет Фенихель, добавляя, что расстройства в этой области, берущие начало в прошлых вытеснениях, могут стать почвой для неврозов. Например, те, кто боятся признаков зрелости, признания реальности влечений, *не испытывая ни*

*страха перед ними, ни необходимости перехода к компульсивному акту, пытаются продолжить состояние реальной зависимости с «ирреальной» надеждой на всемогущество.*

### **Объектное отношение, объектный выбор**

В период предотрочества либидо вновь обращается к объектам детской любви, т.е. к *объектам родительской любви*, и первая задача *Я* состоит в том, чтобы любой ценой покинуть, разрушить этот родительский выбор. По сути дела, вновь возникает *дилемма* между материнским *пре-генитальным и диодным* отношением, с одной стороны, и *объектным, триангулярным* и генитальным отношением — с другой.

Как правило, наиболее типичным является самоизоляция юного существа и самоощущение «постороннего» по отношению к семье; это *подростковое восстание* против родителей, авторитетов или их символических заменителей. Эмансипация тем более бурная и демонстративная, чем *более запоздалая*, и чем *установка ребенок—родители* (установка ребенка на повиновение, а родителей — на порицание) в большей или меньшей степени принудительная.

Это борьба против старых загрузок может достигнуть либо *тотального неприятия родителей*, вплоть до разрыва и выбора совершенно отличного образа жизни, либо восстановления равновесия во взаимной толерантности и взаимных чувствах. Добавим, что выход из данного конфликта зависит не столько от реального отношения родителей, сколько от способа разрешения или неразрешения Эдипова конфликта, и у индивида остается последний шанс его спонтанного устранения. Возможность *перехода к действию* (противопоставленная нормальному включению) проявляется в условиях активного и обычно яростного протеста, вначале по отношению к «буржуазности» в контексте аффективно-политических трудностей, а позднее на аффективном уровне — к *сексуальному партнеру* или в социальном плане — к «начальнику».

В любом случае *выбор объекта* в этой попытке разрешения конфликта играет для подростка значительную роль. Обычно в это время речь идет о *компульсивной и преходящей привязанности* к другим либо *того же возраста*, связь с которыми приобретает форму страстной дружбы или настоящей любви, либо *более взрослым*, отчетливо представляющим собой родительских заместителей, приобретающих по мере взросления все менее отчетливое сходство с исходными родительскими образами.

Эти преходящие любовные привязанности, часто оставляемые тем более быстро и окончательно, чем более страстными и исключительными они были, реально представляют собой не объектные отношения, а скорее *идентификационные привязанности*, регулируемые усилием,

## ТЕОРИЯ

прилагаемым к тому, чтобы *нарциссическим образом* соединиться с внешним миром. Анна Фрейд говорит, что в своей либидинальной жизни подросток *регрессирует от объектной любви к нарциссизму*.

Это объясняет одну из причин, по которой подростки обычно стараются *держаться друг друга*: «С целью, — пишет Фенихель, — обмениваться сексуальными рассказами или даже осуществлять совместную инстинктивную активность» (нарциссическая идентификация) для того, чтобы к тому же доказать себе, «что они не хуже других» (Сверх-Я). В любом случае существует тенденция, имеющая причиной одновременно и социальные факторы, и родительские идентификации, объединяться в *гомосексуальные группы*, что позволяет успокоиться, избегая как возбуждающего присутствия другого пола, так и одиночества.

Но то, что было удалено, возвращается, дружбы, завязывавшиеся в надежде избежать объектные сексуальные отношения, сами приобретают, несмотря ни на что, более или менее открытый сексуальный характер: первый объектный выбор отрочества часто становится *гомосексуальным выбором*, даже с *ситуационными гомосексуальными опытами* (особенно у девочек), опытами, которые не следует обязательно рассматривать как патологические, поскольку:

— они часто свидетельствуют только о *прочности родительской идентификации*, которую подросток пытается разрушить;

— они появляются как *временный адаптационный феномен*;

— они не достигают степени *окончательной установки*;

— они часто являются следствием *застенчивости в отношении другого пола* (или культурных традиций) в той же мере, что и сохранение *нарциссической ориентации* у большинства объектных потребностей этого периода.

## ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Фрейд не боялся сравнивать в определенном смысле психоанализ с партией в шахматы; можно было бы также использовать это сравнение для того, чтобы закончить тему развития личности. В самом деле, сказанное наводит на мысль, что партия, до чего бы она ни дошла, остается зависимой от первых дебютных ходов.

В всяком случае это близко к тому, по крайней мере в этой образной форме, что мы говорим, когда пытаемся определить у данного индивида, больного или нет, *психическую структуру*, декомпенсированную или нет, являющуюся чем-то вроде глобального, формального и определяющего способа организации личности. Эта структура:

— в большей или меньшей степени будет отмечать своей невыводимой печатью поведение и все поступки взрослого, характеризуя в особенности *тип отношений*, свойственный рассматриваемому субъекту. Если она декомпенсирована в патологическом смысле, то она его будет формировать, следуя линиям расщепления, предварительно установленным в своих пределах, направлениях, пересечениях, почти так, как это происходит, по знаменитому сравнению Фрейда, с разбивающимся минеральным кристаллом. — с другой стороны,— и это не значит быть строгим детерминистом, ни в еще меньшей степени фаталистом, только лишь предоставляя в противоположность конституционалистским теориям более широкое место всем постнатальным приобретениям, вплоть до приобретений отрочества, могущего продолжаться за границы 20 лет,— подобная структура рассматривается как фиксированная лишь в пределе долгого развития, как богатого любимыми возможностями, так и чреватого всякого рода рисками и опасностями.

К тому же добавим, что психоанализ, до того как стать «психологией», для его основателя был и оставался терапевтическим методом, виртуально способным при некоторых условиях изменить эти линии расщепления и как следствие личность в целом.

Это подтверждает в конечном итоге первостепенное значение, придаваемое в клинике пережитому — в той же мере субъективному, как и объективному, как бессознательному и вытесненному, так и запомненному — в первые годы жизни.

#### БИБЛИОГРАФИЯ

- Abraham (K.). — *Etude psychanalytique de la formation du caractere* // *CEuvres completes*. Т. II, 1925, p. 314-350 (trad. francaise, Payot). Abraham (K.). — *Esquisse du developpement de la libido basee sur la psychanalyse des troubles mentaux* // *CEuvres completes*. Т. II, 1924, p. 255-313 (traduit. franc, Payot). Bergeret (J.). — Les etats-limites // *Rev. franc, psychanal.* juillet 1970, 34, n° 4, P.U.F., Paris, p. 600-634. Bergeret (J.). — Les etats-limites // *Encycl. med.-chir.* Psychiatric Т. III, 37395. 1970, A 10, Paris, p.1-13. Bergeret (J.) et Caluer (J.). — Relation medecin-malade et enseignement en hopital psychiatrique // *Inform, psychiatr.* sept. 1970, vol. 46, n° 7, p. 681-686. Blum (G. S.). — *Les theories psychanalytiques de la personnalite*. 1955, P U.R, 196 p. Braunschweig (D.) et Fain (M.). — *Eros et Anteros*. Paris: Petite bibliotheque Payot, 1971. 279 p. Callier (J.). — L'identification // *Conference d'information cut Croupe Lyonnais de Psychanalyse*, Inedit.

- Chasseguet-Smirgel (J.). — *Recherches psychanalytiques nouvelles sur la sexualite feminine*. Paris: Payot, 1964. Cosnier (J.)- — *Theorie des pulsions // Conference d'information au Croupe Lyonnais de Psychanalyse*. 1968, Inedit. Dolto (F.). — *Psychanalyse et Pediatric* Paris: Diffusion librairie Bonnier-Lespiaut, 1965. Fenichel (O.). — *La theorie psychanalytique des nevroses*. T. I / Traduit de l'anglais, P.U.F, 1953. Freud (A.). — *Le Moi et les mecanismes de defense*. Paris: P.U.F, 1949. Freud (S.). — *Trois essais sur la theorie de la sexualite* (1905, modifie 1915) / Idees, traduit de l'allemand. 1966. N.R.F., 189 p. Freud (S.). — *Les theories sexuelles infantiles* (1908) // *La vie sexuelle* / Traduit par J.B. Pontalis. 1969. P.U.F, p. 14-27. Freud (S.). — *Un type particulier de choix d'objet chez Гротте* (1910) // *La vie sexuelle* I Traduit par J. Laplanche, 1969, P.U.F., p. 47-55. Freud (S.). — *Pour introduire le narcissisme* (1914) // *La vie sexuelle*. I Traduit par J. Laplanche, 1969, P.U.F, p. 81-105. Freud (S.). — *Sur les transpositions de pulsions plus particulierement dans l'erotisme anal* (1917) // *La vie sexuelle* / Traduit par Denise Berger, 1969, P.U.F., p. 106-112. Freud (S.). — *On bat un enfant* (1909) // *Analectes*. 1969. Edition hors commerce. Freud (S.). — *L'organisation genitale infantile* (1923) // *La vie sexuelle* I Traduit par J. Laplanche. 1969, P.U.F, p. 113-116. Freud (S.). — *La disparition du complexe d'Edipe* (1923) // *La vie sexuelle* / Traduit par Denise Berger. 1969, P.U.F, p. 117-122. Freud (S.). — *Quelques consequences psychologiques de la difference anatomique entre les sexes* (1925) // *La vie sexuelle* / Traduit par Denise Berger. 1969, P.U.F, p. 123-132. Freud (S.). — *Sur la sexualite feminine* (1931) // *La vie sexuelle* / Traduit par Denise Berger. 1969, P.U.F, p. 139-155. Greenacre (Ph.). — *Traumatismes croissance et personnalite* I Traduit de l'anglais, 1971, P.U.F., 332 p. Laplanche (J.) et Pontalis (J. B.). — *Vocabulaire de la psychanalyse*. Paris: P.U.F, 1967, 520 p. Lebovici (S.) et Soule (M.). — *La connaissance de l'enfant par la psychanalyse*. 1970, P.U.P., 646p. Luquet-Parat (C. J.). — *L'organisation cephalique du stade genital* // *Rev. franc, psychianal.*, sept.-dec. 1967, 31, n°5-6, p. 743-812. Male (P.). — *Psychotherapie de l'adolescent*. Paris: P.U.F., 1964, 257 p. Nodet (Ch. H.). — *Sexualite en mutation et psychanalyse* // *Rev. dominicaine «Lumiere et Vie»*, mars-mai 1970, 19, n° 97, La sexualite en proces. Robert (M.). — *La revolution psychanalytique*. Tomes I et II. Petite bibliotheque, Payot, 1964. Smirnoff (V.). — *La psychanalyse de l'enfant*. P.U.F., 1968. 297 p.



## МЕТАПСИХОЛОГИЧЕСКИЙ АСПЕКТ

### Ж. Ж. БУЛАНЖЕ МЕТАПСИХОЛОГИЧЕСКИЙ ПОДХОД

Термин *метапсихология* относится к теоретическим аспектам психоанализа. Он был придуман Фрейдом в самом начале его работы. Фрейд очень рано был вынужден, исходя из данных своего опыта, развивать концептуальный аппарат, постоянно обогащавшийся и перерабатывавшийся, чтобы придать вновь приобретенным знаниям структуру, оформление и обосновать дальнейшие исследования.

Несомненно, что в сознании ее создателя метапсихология, старавшаяся осмыслить психическую деятельность в ее целостности, и в особенности во всех ее бессознательных проявлениях, противопоставляется, с одной стороны, современной психологии, интересующейся единственно сознательными психическими феноменами, а с другой — метафизике, апеллирующей к иррациональному в толковании психической деятельности. В «Психопатологии обыденной жизни» он даже уточняет: «Следовало бы поставить себе в качестве задачи... перевести метафизику в метапсихологию». И он дает пример, ясно иллюстрирующий эту тему: римлянин, оступившийся на пороге своего дома, уходя по поводу некоего важного дела, видел в этой «ошибке» знак определенного противодействия и отказывался от своего намерения, что оборачивалось к его выгоде. Но для того чтобы прийти к этому заключению, чтобы понять появление этого знака, этого «симптома», совершенно не нужно ссылаться на небеса: неверный шаг просто отражает бессознательное желание не со-

вершать вышесказанного предприятия<sup>1</sup>. И в самом деле, у предприятия, вызывающего такой внутренний конфликт, мало шансов состояться.

Итак, в этой метапсихологии мы встретимся с принципами, теоретическими моделями, фундаментальными концептами, в которых психоаналитическая клиника нуждалась, чтобы реализоваться в связанном виде. Фрейд многократно уточнял, что он понимает под метапсихологией. В «Моей жизни и психоанализе» он пишет: «Так я называю способ наблюдения, по которому каждый психический процесс рассматривается в отношении трех координат: динамической, топологической и экономической<sup>2</sup>. И в этом я вижу высшую цель психологии». Впрочем, он добавляет: «Подобные представления принадлежат спекулятивным сверхструктурам психоанализа, и каждая часть может быть без сожаления или упрека принесена в жертву или заменена другой, как только будет доказана ее несостоятельность». В действительности, некоторые теоретические положения впоследствии были на самом деле оставлены, но чаще первоначальные формулировки пересматривались и дополнялись. Так, «вторая топика», вторая «теория влечений» ни в коей мере не сделала недействительными разработки и положения, выдвинутые вначале. Мы хотели бы как можно скорее обозначить эти «метапсихологические» координаты — предмет данной и следующей глав.

■ Сначала уточним, что следует понимать под *динамической* точкой зрения. Эта точка зрения приводит к пониманию психических феноменов как результирующей сложения, сочетания более или менее антагонистических сил. Однако можно отметить, что она одновременно вводит понятие *сил*, которое вновь встретится в экономической точке зрения, и понятие *конфликта*. Исторически эти понятия очень тесно связаны с открытием бессознательного.

Перенесемся, например, в 1909 год. Жане в это время публикует свою работу «Неврозы», где последние представлены как нарушения или задержки развития психических функций. Так, психастения — это недостаточность функции реального, функции синтеза *Я*. В том же году Фрейд заявляет, что он объясняет психическое расстройство динамически, как конфликт двух сил. «Мы видим в нем,— говорит он,— результат активного возмущения двух сил, направленных одна против другой». То есть столкновение между силами бессознательного, пытающимися проявиться, и подавлением системы сознательного, старающейся противостоять этому проявлению. Таким образом можно понять обсессивное по-

<sup>1</sup> Ср. с известным выражением «я себе лучше сломаю ногу».

<sup>2</sup> Понятие «генетической точки зрения», относящееся к психоаналитической теории, даст хорошее основание для построения метапсихологии. Чаще всего его рассматривают отдельно.

ведение, близкое психастении Жане: компульсивное желание десятки раз в день мыть руки интерпретируется как результат конфликта между сознательным желанием чистоты (физической и моральной) и бессознательным желанием быть грязным, жить в грязи.

Весьма рано и вплоть до последних работ Фрейд пытался обосновать этот конфликт с помощью взаимного противопоставления двух фундаментальных влечений: Либида и Влечения Я; позднее Эроса и Влечения к смерти.

Но рассматривая факты в более глубокой перспективе, обнаруживаем, что можно понять этот конфликт как проявление антагонистической динамики различных инстанций психического аппарата как между ними самими, так и по отношению к внешнему миру (Я, посредничающее между Оно, Сверх-Я и внешней Реальностью).

Рассуждение о соотношении сил приводит к рассмотрению результирующей. В метапсихологии эта результирующая называется *компромиссным образованием*<sup>^</sup>. И это понятие обнаруживается как в симптомо-образовании (примеры которого мы представим), так и в формировании сновидений и некоторых черт характера.

■ Будучи по своему образованию ученым-патолофизиологом, Фрейд навсегда сохранил стремление ввести в психологию измерение. Не имея возможности добиться этого, он всегда рассматривал психическую энергию под *количественным* углом. И *экономическая* точка зрения метапсихологии была направлена на изучение того, как циркулирует эта энергия, как она загружается, распределяется между различными инстанциями, различными объектами и различными представлениями.

Некоторые простые клинические примеры позволяют легче представить этот количественный аспект. Так, в состоянии влюбленности существует нечто вроде колебания между переоценкой любимого объекта и недооценкой самого субъекта. Совершенно иной пример: понятие травмы соотносится с внешним проявлением расстройства личности, вызванным количественно столь сильным возбуждением, что оно не может быть ни контролируемым, ни канализированным.

Нужно заметить, что экономическая точка зрения есть логическое и необходимое продолжение динамической. Последняя имеет в виду количественный, дескриптивный аспект участвующих в конфликте сил, и совершенно очевидно, что для того, чтобы понять исход конфликта, следует ввести понятие относительной *величины* этих сил. Эти силы, эта энергия (влечения, как мы увидим в дальнейшем) иногда называются, чтобы подчеркнуть количественный аспект, «квантом аффекта».

Это понятие рассматривается в гл. 3.

■ Метаспихология вводит третье понятие — *топологическую* точку зрения. В сущности теория трактует *психический аппарат* как организацию различных систем, взаимообеспечивающих разнообразные функции. Эти *системы*, или *инстанции*, Фрейд вначале понимал как расположенные последовательно одна за другой и образующие совокупность, сравнимую с нервной дугой рефлекса или же с различными частями оптического прибора (микроскопа или телескопа).

Следует подчеркнуть, что если термин «топика» акцентирует пространственное или квазипространственное распределение этих инстанций, то термин «психический аппарат» делает акцент на понятии работы, которую эти инстанции осуществляют в отношении психической энергии. Можно вернуться к образу микроскопа, который воздействует на световой пучок, конденсируя его, рассеивая, и который может также посредством фильтров отражать определенное излучение. Короче говоря, психический аппарат воздействует на проходящую через него психическую энергию.

Нелишне отметить, насколько эти различные точки зрения, в особенности топологическая и экономическая (последняя в конечном счете есть не что иное, как продолжение динамической точки зрения), тесно связаны. В реальности невозможно представить появление определенного количества энергии, не зная, что на нее воздействует, что ею завладевает, и, с другой стороны, понимание и само описание психического аппарата естественным образом приводит к вопросу о том, что он делает, чему служит.

Изучив этот метаспихологический «треножник», мы пополним попытки подступиться к психоаналитической теории, обратившись к таким фундаментальным психическим феноменам, как страх, сновидение, фантазм.

#### ТОПОЛОГИЧЕСКАЯ ТОЧКА ЗРЕНИЯ

Интересно, что данное понятие топика, или топологии, имеет различные исторические корни. Это, во-первых, все работы по нейрофизиологии второй половины XIX века, касающиеся церебральной локализации. Заметим по этому поводу, что первая книга, опубликованная Фрейдом в 1891 году, носит название «Афазия», в ней он весьма активно критикует узость топологического подхода, пытаясь обогатить функциональные интерпретации.

С другой стороны, сосуществование у одного и того же индивида различных и более или менее независимых друг от друга психических областей, отчетливо демонстрируемое в таких феноменах, как раздвоение личности или постгипнотическое внушение.

Идя еще дальше, Брейер, изучавший вместе с Фрейдом истерические неврозы, высказал весьма важную мысль о том, что различные психические функции опираются на столь же различные психические аппараты. «Зеркало телескопа,— говорит он,— не может служить в это же время фотографической пластиной», т.е. функция восприятия и мнестическая функция нуждаются в двух различных системах. Наконец, в порядке идеи несколько другого плана сновидение представлялось очевидной демонстрацией того, что в нормальных условиях некоторая область психического может функционировать по своим собственным законам независимо от сознания, в смысле поля сознания. Это напоминает нам о том, что истоки проблемы топики были тесно связаны с существованием бессознательного.

#### Первая топка

Развитие топологической концепции психического аппарата происходило постепенно, начиная с первых работ Фрейда по истерии, работ, для которых он заимствовал (мы намекали на это) некоторые идеи у Брейера. Эти самые первоначальные идеи можно обнаружить главным образом в эссе «Проект научной психологии» (1895), при его жизни не опубликованном.

Эта первая теория, явно отмеченная стремлением достичь понимания соответствия психических феноменов гистологическим и нейрофизиологическим данным, практически не оставила следов в дальнейших построениях. Впоследствии Фрейд более не занимался проблемой нейрофизиологического или анатомического соответствия, и его теоретизирование, чисто психологическое, предполагало лишь внутреннюю связность и действенность в понимании клинических фактов. В этой перспективе первая топологическая схема психического аппарата (кратко называемая «первой топикой») описана им в 7-й главе «Науки о сновидениях» и в эссе 1915 года «Бессознательное».

Основная идея этой топики состоит в том, что различия в сознательном и бессознательном характере психических феноменов концептуально недостаточно. Чтобы продвинуться дальше в объяснении психического функционирования, он предлагает психический аппарат, состоящий из трех систем, называемых:

- бессознательное (сокращенно Без);
- предсознательное (сокращенно Псз);
- сознательное (сокращенно Сз).

Последняя система чаще называется Восприятие-Сознание (Вп-Сз).

■ Отрекшись от желания установить параллели с анатомической реальностью, Фрейд тем не менее расположил *систему Вп-Сз* на периферии психического аппарата между внешним миром и мнестическими системами (см. рис. 1). В результате она стала ответственной за регистрацию информации, приходящей извне, и восприятие внутренних ощущений диапазона удовольствие—неудовольствие.

Напомним, что эта функция восприятия противопоставляется функции запечатления: система Вп-Сз не сохраняет никаких прочных следов возбуждений, которые она регистрирует. Наряду с этим эта система функционирует в количественном регистре, в противоположность остальному психическому аппарату, функционирующему соответственно качественным признакам.

Система Сз не только воспринимает внешнюю сенсорную информацию и эндогенные ощущения, но и является местом локализации процессов мышления, причем как суждений, так и оживления воспоминаний.

Мы вернемся к этому при обсуждении предсознательного. Следует также в качестве существенного момента отметить локомоторный контроль.

■ **Предсознательное** отделено как от бессознательного (Без), так и от системы восприятие-сознание. Во втором случае установить различие более затруднительно. К тому же Фрейд их часто объединял, чтобы противопоставлять бессознательному (Без). Тогда он называл их совокупность предсознательным, отодвигая, таким образом, на второй план тот факт, что часть этой совокупности может присутствовать в данный момент в поле сознания. Это предсознательное есть то, что он называл нашим «Я-представительским», тем, что мы хотим принять на себя. Его можно соответствующим образом определить по особенностям содержания и функционирования.

О его содержании можно сказать прежде всего то, что, не присутствуя в поле сознания, оно тем не менее доступно осознанию. Оно принадлежит системе следов памяти и создано «словесными представлениями».

Под представлениями (репрезентациями) подразумевается то, что представляется, содержание мышления, а также элемент, представляющий психический феномен, то, что находится на его месте. В теории психического функционирования представление отличается от аффекта, являющегося квантифицированной энергией, которая связана с каждым представлением и источник которой находится во влечении. В сущности, представление есть более или менее аффективно нагруженный мнестический след.

Представление слов есть вербальное представление, имеющее, по Фрейду, скорее акустический характер. Оно противопоставляется представлению вещей, относящемуся, как и сновидения, к визуальному порядку. Заметим уже здесь, что представление вещей может до-



Рис. 1. Схема психического аппарата в первой топике

стичь сознания (бодрствующего) лишь будучи ассоциированным с каким-нибудь вербальным следом. Мы обсудим это более детально, изучая первичные и вторичные процессы.

Именно вторичные процессы характеризуют функционирование систем сознательного и нредсознательного. Скажем уже здесь, что основное свойство вторичного процесса — это то, что энергия в нем не циркулирует свободно, что она с самого начала связана и, таким образом, контролируется. Вторичный процесс характеризуется преобладанием принципа реальности над принципом удовольствия, что мы также объясним далее.

■ Хотя мы вернемся более детально к проблеме **бессознательного** при обсуждении динамической и экономической точек зрения, рассмотрим его в рамках первой топики.

Это наиболее древняя часть психического аппарата, наиболее близкая к источнику влечения и преимущественно состоящая из репрезентантов<sup>1</sup> этих влечений. Почему репрезентанты, а не влечения?

Потому, что для Фрейда влечение есть концепт «в пределах биологии и психологии», а на уровне психических процессов выступают именно репрезентанты. Последние на уровне Без суть «репрезентации вещей» (в противоположность репрезентации слов в Псз) и репрезентации вещей, подвергшихся первичному вытеснению.

Отметим, однако, что Фрейд всегда допускал существование врожденного филогенетического ядра. Но в основном бессознательное в перспективе этой первой топики есть всегда бессознательное, исторически сформированное в течение жизни индивида, а точнее в течение его детства.

Что же касается функционирования, бессознательное прежде всего характеризуется первичными процессами, т.е. на его уровне энергия свободна, а тенденция к разрядке проявляется без всяких преград. Таким образом эта энергия свободно перемещается от одной репрезентации к другой, что иллюстрируется феноменами сгущения и перемещения. Косвенно бессознательное управляется принципом удовольствия.

■ Осталось сделать важное замечание по поводу границ между этими различными системами. Реально энергия, репрезентации не циркулируют бесконтрольно от одной к другой. При каждом переходе работает **цензура**. Эта цензура особенно сурова между бессознательным и пред-сознательным. Мы увидим, что она осуществляется активным образом: это не инертный барьер, а неусыпная сила, запрещающая тем или иным представлениям допуск на определенную территорию.

<sup>1</sup> Термин «репрезентант» означает совокупность представления (репрезентации) и связанной с ним аффективной нагрузки.



Равным образом цензура осуществляется между предсознательным и сознательным. Но все же она осуществляется здесь с меньшей строгостью: она больше отбирает, чем подавляет. Таким образом, в аналитической работе необходимо переломить сопротивление, чтобы одержать верх над цензурой между бессознательным и предсознательным, тогда как при переходе между Псз и Сз можно столкнуться только с недоговариванием.

Для обсуждения остается третья пограничная зона, та, что расположена между внешним миром и «поверхностью» психического аппарата, т.е. система Вп-Сз. Ее функция сходна с функцией фильтра: не дать прорваться внутрь психики слишком сильным стимулам, которыми невозможно овладеть; отсюда название этой системы: противовозбуждающая.

Можно отметить, что в первой топике каждая система проявляется главным образом как некое вместилище и работа происходит в определенном смысле на границах. Вскоре мы увидим, что следующая концептуализация центрирует психическую работу в самих системах, называемых также «инстанциями».

Вторая топика

Первые наметки второй топике появляются в работе *«По ту сторону принципа удовольствия»*. Они будут существенно развиты в 1923 году в работе *«Я и Оно»*.

Этот переход — следствие довольно общего пересмотра психоаналитической теории, и причины, его вызвавшие, не являются независимыми от процессов, которые произошли, например, при переработке теории влечений.

Хотя эти мотивы образуют единое целое, все-таки можно индивидуализировать некоторые аспекты с целью иллюстрации. Так, практика лечения привела к необходимости учитывать бессознательные защиты (а не только предсознательные). Но тогда конфликт между бессознательными влечениями и такими же защитами с точки зрения первой топике мало понятен.

С другой стороны, концепция нарциссизма приводит, например, к новому способу рассмотрения связей между инстанциями — с учетом ли-бидинальной загрузки друг друга.

Можно, впрочем, сразу заметить, что дух этих двух топик совершенно неодинаков, и это отражается в терминологии. Так, системам первой топике наследуют инстанции второй, т.е. акцент в меньшей степени делается на топографическом, чем на квазиюридическом и в общем-то антропоморфном аспекте: аппарат или психическое поле в определенной степени задумано по модели межличностных отношений. Эта теория,

таким образом, ближе к фантастическому модусу, в соответствии с которым каждый воспринимает свой внутренний мир.

В сочинениях этого периода акцент ставится не на понятиях репрезентаций, мнестических следов, а преимущественно на понятии конфликтов между инстанциями, заботе о внутреннем мире инстанции (в данном случае Я).

■ Так же как и первая, вторая топика состоит из трех частей и включает в себя: Оно, Я и Сверх-Я. Из этих трех инстанций только **Оно** имеет почти точное соответствие с бессознательным первой топики, за этим важным исключением «почти»: определенная часть старого Без не обнаруживается в Оно. Более ясно, чем в первой топике, Оно определяется как *полюс влечений* психического аппарата. Фрейд говорит, что оно есть «темная, непроницаемая часть нашей личности; мы себе представляем его прорывающимся со стороны соматики, воспринимающим оттуда по-требностные влечения, находящие в нем свое физическое выражение» {«*Новые лекции по психоанализу*»). По этому поводу следует отметить, что в первой топике двойственность влечений, инстинкты Я были связаны с системой предсознание-сознание. Во второй двойственность влечений, инстинкты жизни и смерти равным образом принадлежат Оно. Очевидно, что управляющие им законы те же, что уже приписывались бессознательному, а именно первичные процессы, принцип удовольствия. Уточняется также, что процессы, которые в нем разворачиваются, не подчиняются логическим законам мышления. «Принципа непротиворечивости не существует. В Оно не обнаруживается ничего, что можно было бы сравнить с отрицанием. Постулат, следуя которому пространство и время суть обязательные формы наших психических актов, обнаруживает в нем свою несостоятельность. Более того, Оно игнорирует ценностные суждения, добро, зло, мораль» {*ibid*).

Но то, что особенно интересно во второй топике,— это генетический аспект<sup>1</sup>. Последовательная проработка психического аппарата в ней значительно подробнее, чем в первой. В «*Кратком курсе психоанализа*» Фрейд ясно говорит: «Вначале все было Оно. Я развивается из Оно под настоятельным воздействием внешнего мира».

■ Так же как Оно есть полюс влечений индивида, Я есть его оборонительный полюс. Между требованиями влечений Оно, принуждениями внешней реальности и требованиями Сверх-Я, которые мы вскоре обсудим, Я представляет собой медиатор, в определенном смысле ответственный за интересы целостного субъекта. По поводу генеза инстанций см. также гл. 1, там, где идет речь об Эдиповом комплексе.

Хотя речь идет об очень важной проблеме, не так уж просто понять, в особенности однозначным образом, генез Я. С одной стороны, как мы только что видели, его можно рассматривать как последовательную дифференциацию Оно; эта дифференциация осуществляется вокруг некоторого исходного ядра, представленного системой восприятие-сознание. Начиная с этого ядра Я поступательно расширяет свой контроль над остальным психическим аппаратом, т.е. над Оно. Но с другой точки зрения представляется, что Я формирует себя, моделирует с помощью последовательных идентификаций с внешними объектами, которые таким образом становятся интериоризированными, инкорпорированными Я'.

Эти две точки зрения на генез Я нелегко согласовать и примирить. Вероятно, Я определенным образом присваивает все большие и большие порции либидинальной энергии, содержащейся в Оно, и эти порции энергии передаются и моделируются с помощью процесса идентификации. Можно заметить, что в любом случае Я не является инстанцией, которая существует изначально, она образуется постепенно. С другой стороны, в противоположность Оно, раздираемому независимыми друг от друга тенденциями, Я появляется как некая единая инстанция, обеспечивающая стабильность и идентичность личности.

Кроме того, Я второй топики перегруппировывает некоторое количество функций, которые были менее прочно связаны в первой. Естественно, в первую очередь оно обеспечивает функцию сознания. Огрубленно ему приписываются все функции, ранее возлагавшиеся на предсознательное. Я обеспечивает также самосохранение в той мере, в какой оно лучше совмещает различные требования Оно и внешнего мира, используя свои возможности воздействия на одно и другое, усиленные от приобретенных знаний: «Оно без Я, слепо стремящееся к удовлетворению инстинктов, будет неосмотрительно разрушено более могущественными внешними силами» (*«Новые лекции»*).

Но следует подчеркнуть факт, имеющий первостепенное значение, что в этой топике Я в своей значительной части является бессознательным. Это более отчетливо, как мы уже говорили, проявляется в некоторых механизмах защиты. Например, при обсессивном поведении субъект, как правило, на самом деле игнорирует мотив и механизмы своего поведения. К тому же эти механизмы в их компульсивном, повторяющемся аспекте, в их игнорировании реальности должны рассматриваться как подчиненные первичному процессу. Сходное происхождение имеют и некоторые особенности остроумия.

После всего сказанного может создаться впечатление, что эти две инстанции — Я и Оно — реально покрывают поле, ранее распределенное этому поводу см. гл. 3, статьи об идентификации и интроекции.

ное между тремя системами первой топки. Фактически, начиная с 1917<sup>1</sup> года (*«Введение в психоанализ»*) или даже с 1914 (*«Представление о нарциссизме»*) и до 1923 года, Фрейд стремился уточнить генез и функции Я в противопоставлении Без (поскольку термин Оно появился лишь в 1923 году), и это привело его к рассмотрению внутренних частей этого Я. Таким образом обнаружилась изолированная субструктура, выполнявшая в некотором смысле функцию идеала, и отсюда название, которое ей было дано вначале: Идеал-Я или Я-Идеал.

■ Термин *Сверх-Я* был также введен лишь в 1923 году. Генез этой инстанции и ее отличительные свойства резюмируются в знаменитой фразе: Сверх-Я — это наследник Эдипова комплекса. По происхождению Сверх-Я близко к Я. Сверх-Я также берет свое начало в Оно. Как и Оно, Сверх-Я структурировано с помощью процессов идентификации как с одним, так и с другим из обоих родителей. Схематизируя, возьмем случай ребенка мужского пола: он должен отказаться от своей матери как объекта любви, чтобы выйти из Эдипова конфликта. В это время могут реализоваться две возможности: или идентификация с матерью, или усиление и интериоризация отцовского запрета, т.е. идентификация с отцом. В реальности все несколько сложнее из-за факта двойного Эдипова комплекса, который сам связан с бисексуальными тенденциями нашей натуры<sup>1</sup>.

Как бы там ни было, эта идентификация имеет целью привести Оно к отказу от своего объекта любви: этот объект, будучи интроецированным в Сверх-Я, восстанавливает благодаря этому энергию, которую Оно ранее инвестировало в данную репрезентацию.

Особые условия его генеза формируют у Сверх-Я особые свойства. Фактически речь идет не об идентификации Я с родителями. Хорошо известно, что строгое Сверх-Я может быть сформировано при наличии снисходительного отца. Идентификация происходит скорее с родительским Сверх-Я, проявляющимся в воспитательной установке родителей; и так от поколения к поколению. Это заставило Фрейда заметить, «что, несмотря на их глубочайшее различие, Оно и Сверх-Я имеют один общий момент: оба, в сущности, исполняют роль прошлого, Оно — по праву наследования, Сверх-Я — поскольку в нем запечатлены другие, тогда как Я детерминировано прежде всего тем, что оно поживает само, т.е. случайностью, актуальностью» (*«Краткий курс психоанализа»*).

В формулировке, которую можно рассматривать в качестве последней<sup>2</sup>, Сверх-Я выполняет три функции. С одной стороны, функцию самонаблюдения. С другой стороны, функцию морального сознания, цен-

<sup>1</sup> По поводу динамики отношений в Эдиповом комплексе см. гл. I.

<sup>2</sup> Представленной в «Новых лекциях по психоанализу» (1932).

зурь. Именно ее обычно имеют в виду, употребляя термин Сверх-Я в смысле ограничения. И, наконец, функцию идеала, к которой сейчас применяется термин «Идеал-Я». Различие между последними функциями проявляется в различии между чувствами вины и несостоятельности: чувство вины связано с моральным сознанием, а чувство несостоятельности — с функцией идеала.

Если в терминологическом плане Идеал-Я и Сверх-Я связаны с одной и той же инстанцией, то в плане применения, как кажется, Я-Идеал приобретает несколько иной смысл. Он означает очень архаическое образование, соответствующее идеалу всемогущества первичного нарциссизма или в любом случае инфантильного нарциссизма. Некоторые авторы (Лагаш) считают, что он включает в себя определенную часть идентификации с существом, которое ранее представляло собой всемогущество, — с матерью. Здесь можно в некотором смысле усмотреть предвестника Сверх-Я.

#### ЭКОНОМИЧЕСКАЯ ТОЧКА ЗРЕНИЯ

Мы увидели, что в психической жизни обнаруживаются, с одной стороны, репрезентации, а с другой — связанные с ними аффекты. Термин аффект означает качественный аспект эмоциональной нагрузки, а также, и прежде всего, количественный аспект загрузки репрезентации этим зарядом. В этом смысле будет наиболее недвусмысленно прибегнуть к выражению «квант аффекта».

Факт, что определенное количество психической энергии может быть связано с каким-либо определенным психическим представлением (репрезентацией) или каким-нибудь внешним объектом, называется *загрузкой*. Немецкий термин («*Besetzung*») может быть более точно переведен как захват, т.е. результат деятельности определенного количества энергии, направленной на размещение внутри некоторой репрезентации. Но можно отметить, что французский термин «инвестирование»<sup>1</sup>, если он понимается в смысле экономики, позволяет не только достичь полной связности метафоры, но и хорошо перевести некоторую общность ивес-тированного и «инвестирующего». В другом образном выражении Фрейд добавляет, что речь идет «о чем-то, что может быть увеличено, уменьшено, перемещено, разряжено и что распределяется по репрезентации приблизительно как электрический заряд по поверхности тела».

<sup>1</sup> Investissement (*фр.*) — окружение, обложение, инвестиция, вложение (капитала). На русский язык в психоаналитических текстах этот термин чаще всего переводится как «загрузка», однако, на наш взгляд, при этом утрачивается «экономический» оттенок этого термина, который в некоторых случаях более точно следует переводить, сохраняя латинизированную форму: «инвестиция», «инвестирование», «инвестировать» (*прим. пер.*).

Но что, собственно говоря, представляют собой квант аффекта и психическая энергия? Уточнить это позволяет разработка понятия влечения. Именно из влечений, биологических сущностей, обладающих соматическим и психическим полюсами, исходит либидинальная энергия, превращающаяся в энергию загрузки. Можно сказать, что во второй топике вся энергия ведет свое происхождение из Оно и из этого же источника ее черпают другие инстанции.

Следует напомнить, что понятие нервной, или психической, *энергии* носилось в воздухе в период написания первых работ Фрейда и Брейера. Можно назвать множество имен: Гельмгольц, Мейнерт, Брюкке, с которым работал Фрейд, Геринг, в работах которого принимал участие Брей-ер. Многие из этих исследователей уже предполагали, что нервная энергия, называемая также «нервным напряжением» или «возбуждением», может встречаться в двух различных состояниях и что почти как в физике существует актуальная, или кинетическая, энергия и энергия потенциальная, или статическая. Гельмгольц противопоставлял, правда в несколько в ином контексте, *свободную и связанную энергии* — термины, к которым Фрейд еще вернется. Эти два вида нервной энергии хорошо различались уже начиная с «*Исследований по истерии*» и «*Проекта научной психологии*» от 1895 года. Именно энергии нервной, поскольку в это время психическое функционирование мыслилось исходя из нейрофизиологической модели: энергия циркулирует по цепи уже более или менее «заряженных» нейронов. Контроль этого движения осуществляется при переходе от одного нейрона к другому: этот синапс находится под контролем других нейронов, модулирующих переход возбуждения (как «решеточный ток» в триоде), облегчая его (ускорение) или затрудняя (подавление). В наиболее простом, наиболее архаическом состоянии нейронного аппарата энергия называется *свободной*, т. е. она естественным образом стремится к истечению, выходу за пределы нейронной системы. Это — *разрядка*. Мы вскоре вернемся к ней при обсуждении принципа удовольствия.

Но по мере того как *Я* устанавливает свой контроль над психическими процессами, оно стремится *связать* эту энергию, т. е., будучи сдерживаемой, она накапливается в определенных нейронных структурах (сейчас мы бы сказали: на уровне определенных репрезентаций). Что же мешает этой энергии разрядиться? В основном это деятельность контроля, осуществляемого группами нейронов, обладающими устойчивым зарядом, что мы вскоре рассмотрим. Так, в процессах рефлексивного мышления целая совокупность репрезентаций очень сильно загружена: это феномен внимания. Что же касается течения такого операционального процесса, каким является мышление, то он влечет лишь минимальное перемещение энергии.

Скажем сразу, что свободное состояние энергии соответствует первичному процессу, а связанное состояние — вторичному. Это упрощение будет внесено в 1900 году в работе «Учение о сновидениях». С этого момента концепция психической деятельности освобождается от любых нейронных гипотез (и залогов). Итак, по определению выдвинутая концепция загрузки содержит в себе понятие связанной энергии. Именно клиника (в особенности лечение больных истерией) привела Фрейда и Брейера к различению репрезентаций и энергии, которой они заряжены. Они констатировали, что определенная часть либидинальной энергии может трансформироваться, конвертироваться в «соматическую иннервацию», т.е. соматические симптомы. Эта конверсия включает в себя отделение энергетического заряда от репрезентации. Последняя вытеснена, тогда как либидинальная энергия «перемещена» в тело<sup>1</sup>.

Нужно признать, что термин загрузка более понятен в случае репрезентаций. В этом случае ясно, что все происходит внутри закрытой системы, какой является психический аппарат. Но загрузка субъектом внешнего по отношению к психическому аппарату объекта более трудна для постижения. Изъятие загрузки из внешнего объекта и ее перемещение на эндопсихическую репрезентацию или обратный путь, даже если их проявления и очень легко наблюдать в клинике (в состоянии влюбленности, в трауре), все же создают концептуальную проблему. Мало понятно на самом деле, как некое количество энергии было перемещено и сохранено.

Однако концепция загрузки не будет забыта, поскольку она образует фундаментальный элемент в понимании психической экономии. Загрузка должна демонстрировать некоторую стабильность, как и определенную гибкость. Очевидно, например, что после утраты объекта субъект должен иметь возможность изъятия своей либидинальной загрузки (это «работа траура»); при невозможности *перезагрузки* невыносимая фрустрация приводит к депрессии.

Но еще важнее обладать возможностью разгрузить репрезентации, которые Сверх-Я обязывает вытеснить<sup>2</sup>; в этом случае энергия, становящаяся таким образом свободной, может быть использована для поддержки вытеснения с помощью *противозагрузки*. То, что будет противозагружено (загружено, чтобы имитировать нечто для вытесненной репрезентации), может быть ему прямо противоположно: например, идеал милосердия и филантропии, противопоставленный агрессивному влечению. В этом случае говорят о реактивном образовании<sup>3</sup>. Но это может быть также замещающим представлением (репрезентацией), как это

<sup>1</sup> См. Вытеснение, гл. 3.

<sup>2</sup> См. изложение этого механизма в гл. 3.

<sup>3</sup> См. изложение этого механизма в гл. 3.

видно в случае фобического смещения: перемещая на лошадь свой страх перед отцом, маленький Ганс делает более переносимым свое Эдипово соперничество, свою агрессивность и свой страх кастрации. В действительности то, что в этой защитной стратегии оказывается противозагруженным, уже могло сформировать весьма нагруженный объект: речь идет о *сверхзагрузке*. Но понятие сверхзагрузки имеет особое и крайне важное приложение к феномену внимания: эффективность логического мышления нуждается в том, чтобы некоторые представления во избежание быть связанными в актуальном перцептивном поле получили дополнительный заряд, изъятый из «свободной энергии сверхзагрузки» — резерва, которым располагает для этой цели система восприятие-сознание.

Прежде чем приступить к экономическим принципам деятельности, скажем несколько слов по поводу первичных и вторичных процессов. Мы видели, что **первичный процесс** характеризуется *свободным* (несвязанным) *состоянием энергии*, что, как мы знаем, приводит не только к облегчению разрядки, но и к феноменам перемещения и сгущения. Напомним, что под *перемещением* понимается перетекание, перемещение энергии загрузки вдоль ассоциативного пути сцепления различных репрезентаций, заставляющее фигурировать одну ассоциацию на месте другой. Можно заметить, что это перемещение всегда, в той или иной степени, имеет защитную функцию. Так, в сновидении оно позволяет цензуре принять смягченные репрезентации. Другой, еще более определенный пример этого защитного значения демонстрирует фобический симптом. В *сгущении* единственная репрезентация представляется общей точкой многих ассоциативных цепей репрезентаций, и именно она загружается их энергией: таким образом, она находится на месте всех связанных с ней представлений.

Другой важный аспект первичного процесса заключается в том, что он направлен на поиски *идентичности* (соответствия) *восприятия*. Это понятие тождественности восприятия связано с опознанием опыта удовлетворения. Поэтому естественно ожидать, что при возникновении напряжения (желания) мнестические следы объекта и процесса, который раньше снимал это напряжение, будут интенсивно перезагружены. Субъект, таким образом, старается возобновить процесс и наиболее коротким путем достичь удовлетворяющего объекта или скорее ощущений, которые вызывал этот объект. Обычно эта цель достигается с помощью галлюцинаторной реактивации воспоминания объекта.

Что же касается **вторичного процесса**, то он определяется прежде всего *связанным состоянием энергии*. То, что требуется на этом уровне, это уже не идентичность (соответствие) восприятия, а *идентичность* (соответствие) *мышления*, т.е. влечение Я переносится на связи, пути со-



единения между репрезентациями. Субъект уже не поглощен полностью своим единственным желанием воскресить приятные ощущения, он размышляет, вводит параметры, требующие учета контекста. Это говорит и о появлении возможности более или менее длительного подавления первоначальной тенденции к разрядке. Можно уже сказать, что появление рефлексивного мышления и временных характеристик влечет за собой замещение принципа удовольствия принципом реальности.

Что же такое **принцип удовольствия!** Это закон, управляющий прежде всего психической активностью и ставящий ей целью избегание неудовольствия и поиск удовольствия. Отметим, что в таком виде эта идея существовала еще до Фрейда. Принцип удовольствия очевидным образом предполагает понимание того, что есть удовольствие и неудовольствие. Для Фрейда этот качественный аспект всегда был связан с количественным, т.е. с вопросом уровня энергии: удовольствие определяется как снижение энергетического напряжения до минимума.

Однако в работе *«По ту сторону принципа удовольствия»* (1920) Фрейд замечает, что существует приятное напряжение. Тогда он вводит временный фактор, т.е. положение о том, что учитывается не только уровень энергетической загрузки, но и вариации загрузки, ее ритм, ее градиент. Тем не менее вопрос редукции качественного к количественному никогда не был концептуализирован достаточно удовлетворительным образом.

Принцип удовольствия предполагает, что влечения требуют прежде всего разрядки и удовлетворения самым непосредственным образом. Но опыт приводит к признанию, что наиболее непосредственное удовлетворение, галлюцинаторная реализация обманчивы и что даже сама разрядка, реализованная без всяких предосторожностей, может в свою очередь привести к непереносимому шоку. Итак, продолжая игнорировать внешнюю реальность (ограничения нашего организма), нельзя получить в конечном итоге длительное удовольствие — это и выражает **принцип реальности**. Таким образом, он есть не что иное, как приспособление принципа удовольствия, предписанное опытом жизни.

Интересно отметить тесную связь между первичным процессом — свободной энергией, принципом удовольствия, идентичностью восприятия и вторичным процессом — связанной энергией, принципом реальности и идентичностью мышления. Первая серия руководит функционированием Оно, вторая превалирует на уровне Я.

Понятие удовольствия в том виде, в каком оно содержится в принципе удовольствия, имеет в качестве неизбежного следствия то, что называется **принципом постоянства** (константности), являющегося, говорит Фрейд, гипотезой, в соответствии с которой психический аппарат имеет тенденцию поддерживать возможно более низкий или, по крайней

мере, возможно более устойчивый уровень содержащегося в нем количества возбуждения. С другой стороны, можно было бы сказать, что субъективное восприятие усиления напряжения ведет к неудовольствию и поиску возможности разрядки.

Как и понятие свободной и связанной энергии, концепция принципа постоянства есть в некотором смысле применение к психологии принципа, порожденного в лоне физики и стремящегося к признанию во всех науках о жизни. На самом деле принцип константности может быть понят достаточно различными способами: или же как константность общего энергетического заряда закрытой системы, или же как поддержание заряда на одинаковом уровне в различных частях этой системы, или же как саморегуляция этой системы перед лицом потрясений, приходящих из внешнего мира. Последнее значение, применяемое в физиологии, обычно описывается в терминах гомеостаза. Но как Фрейд понимал это сам? Он никогда не объяснял этого достаточно ясно.

Исторически {«Проект научной психологии») это положение проистекает из принципа инерции, тесно связанного с понятием первичного процесса, следуя которому нейроны стараются полностью удалить вовне переданную им энергию. Напомним, что в то время лечение «психическим анализом» использовало эффект отреагирования для купирования патологического сверхнарастания аффектов. Лишь вторично, вследствие требований, поставленных жизнью, нейронная система может аккумулировать запас энергии, который она будет стараться поддерживать на постоянном и возможно более низком уровне. В этом смысле закон константности соответствует вторичному процессу, где энергия связана.

В определении, которое мы дали принципу константности, можно было бы отметить почти противоречивые положения о поддержании энергетического заряда на постоянном уровне и его редукции к минимуму, кажущемуся необходимым для равновесия. Эта двусмысленность никогда не снималась. И когда будет введено выражение «принцип нирваны», перекрывающее это же понятие, его определение будет включать параллельно «тенденцию к редукции, к константности, к ликвидации» внутреннего напряжения; константность и ликвидация никогда не разделялись.

Завершая, скажем, что, похоже, — а концепты влечений инстинкта жизни и инстинкта смерти, о которых мы сейчас будем говорить, идут в этом направлении еще дальше — для Фрейда фундаментальной тенденцией является редукция к нулю, и что константность есть лишь, если рискнуть это высказать, вторичное приспособление, навязанное требованиями внешнего мира.

## ВВЕДЕНИЕ В УЧЕНИЕ О ВЛЕЧЕНИЯХ

Для того чтобы приступить к влечениям, удобно принять во внимание, что возбуждения, которым подвержен организм, бывают двух видов. Одни — внешние, прерывные и зависящие от обстоятельств; от них можно избавиться бегством. Другие, эндогенные, оказывают более или менее постоянное давление; их давление соответствует тому, что подразумевается под термином «потребность» (нужда); от них, очевидно, нет никакой возможности избавиться. Именно этому типу возбуждения дается название влечений или иногда инстинктов. Представляется, что термин «влечение» предпочтителен, тогда как понятие «инстинкт» следует сохранить за поведением не только наследственным, но и закрепленным и определенным. Речь идет о схемах, узко специализированных как в отношении цели, так и реализации.

Влечению, напротив, всегда давалось намного более широкое, намного более общее определение. Это «пограничный концепт между психикой и соматикой, нечто вроде психического репрезентанта (представителя) возбуждений, исходящих из глубины тела и доходящих до психики как мера необходимости работы, предписываемой психике вследствие ее связи с телесностью» («*Влечения и их судьбы*»).

Можно заметить, что выражение «необходимость работы, предписываемая психике» связывается с понятием давления<sup>1</sup>, обнаруживающимся в самом термине «влечение». Впрочем, чтобы глубже понять влечение, необходимо рассмотреть, уточнив, четыре основных аспекта: давление, цель, источник, объект. Термин *давление*, естественно, означает динамический аспект, мотор влечения. Это давление есть не только постоянное свойство влечения, но и сама его сущность, вплоть до того, что даже выражение «пассивное влечение» можно использовать для определения именно активного поиска ситуаций пассивности. Это один из пунктов, по поводу которого Фрейд хотел провести различие между своей концепцией и концепцией Адлера. Он не предполагал приписывать отдельному влечению тенденцию к активности, тенденцию к доминированию. Любое влечение обладает способностью запускать моторику.

Эта динамическая тональность обнаруживается также в выражении «проявление влечения», смысл которого близок к смыслу влечения. Представляется, что этот термин носит лишь более описательный характер и используется по отношению к влечению как актуально действующему.

<sup>1</sup> В оригинале: *poussee* (*фр.*) — толчок, толкание, давление, сила давления, напор, усилие, натиск, удар, атака, порыв, тяга (*прим. пер.*).

## ТЕОРИЯ

По своей природе влечение тяготеет к чему-то, что является его *целью*. Эта цель всегда — исчезновение напряжения, создающегося именно из-за выхода влечения наружу. Это исчезновение осуществляется благодаря *разрядке*, т.е. истечению вовне системы накопившегося напряжения. Эта разрядка и является удовлетворением влечения. Но если понимать цель влечения наиболее широким и одновременно наиболее строгим образом, то этот термин может означать также средства, механизмы, позволяющие достигнуть конечной цели. Так, целью орального эротического влечения может быть сосание, целью генитального сексуального влечения — коитус.

Эта формулировка уже устанавливает связь между целью и *источником* влечения. Это особенно ясно в случае детской сексуальности, когда, говорит Фрейд, сексуальная цель находится под господством эрогенной зоны. Выражение «источник влечения» покрывает сразу и топографическое понятие и понятие каузальности. Оно означает одномоментно и соматический процесс, запускающий на психическом уровне состояние напряжения, возбуждения, и в равной степени зону организма, где этот соматический процесс разворачивается. Можно попутно отметить некоторую неустойчивость концепции понятия источника влечения. В *«Трех очерках по теории сексуальности»* 1905 года этот термин также обозначает запускающие причины, такие, как механическое возбуждение, мышечную или интеллектуальную активность. Но в 1915 году в *«Метаспсихологии»* («Влечения и их судьбы») Фрейд настаивает на строго эндогенном аспекте понятия источника.

Четвертый аспект, с помощью которого мы подступим к влечению, более важен в клиническом плане: это *объект*. «Это то,— говорит Фрейд,— в чем или благодаря чему влечение может достичь своей цели». И добавляет: «Это то, что наиболее изменчиво во влечении. То, что исходно не связано с ним». Можно по ходу еще раз отметить отличие от понятия инстинкта. Психоаналитический смысл термина «объект» очевидным образом произволен от классического смысла, т.е. о[гределен как то, что соотносится с субъектом (или со своим Я) в некоторых связях. Уточним, что речь может идти об определенной личности, а также о частичном объекте, например материнской груди, что он может принадлежать миру реальному или фантастическому и быть как внешним по отношению к индивиду, так и внутренним; так, в случае нарциссизма, как мы увидим, Я становится объектом любви для Оно.

Мы только что сказали, что влечение исходно тяготеет к удовлетворению самыми короткими путями, без особых предпочтений одного объекта другому. Тем не менее после опыта удовлетворения сильно загруженная репрезентация удовлетворяющего объекта будет отныне ориентировать организм на поиск того же объекта. Но если существует выбор при-

вилегированного объекта даже на уровне питания, то этот поиск определенного типа объекта обнаружится впоследствии в несколько измененном виде и по отношению к объекту, называемому целостным, или генитальным<sup>1</sup>. Мы вернемся к этому, уже сейчас отметив определенную двусмысленность, которая может существовать по поводу термина «объект». Он может указывать либо на объект влечения, либо на объект любви субъекта. Слово каждый раз точно обнаруживает смысл, который оно имеет в классическом языке. Это последнее значение термина «объект» особенно отчетливо проявляется, когда противопоставляется либидо Я и объектное либидо.

Известно значение, которое приобрело понятие *объектное отношение* в постфрейдистской литературе. Мы лишь подчеркнем мимоходом его двойную пользу: оно позволяет всегда рассматривать психическую жизнь субъекта «в ситуации», а не изолированно; в особенности же дает возможность объединить в одном подходе данные, взятые из понятий либидинального созревания, структурирования Я, защитной организации, даже патологической организации; так, можно, например, говорить о фобическом объектном отношении (т.е. отношении с объектом фобического типа).

В обыденном языке очень легко очертить смысл слова *сексуальность*. Его содержание раскрывают любые формы активности, связанные с генитальным аппаратом и его функционированием, рассматриваемые социальной группой как нормальные. Психоанализ существенно расширяет его значение. Следует учесть, что в этот расширительный смысл включены три области. С одной стороны, сексуальность, не достигшая, если можно так выразиться, зрелости, не соответствующая сексуальности взрослого, т.е. *инфантильная* сексуальность. Хотя назвать сексуальным удовольствие младенца, связанное, например, с оральной активностью, кажется спорным. Но именно исследование организации либидо и его эволюции подтверждает правомерность объединения всех его проявлений в одну категорию — сексуальную активность.

С другой стороны, следует учитывать сексуальность, рассматриваемую не как нормальную, а как *перверсную* (извращенную), отметив, что эти перверсные феномены демонстрируются не только в их высших проявлениях, соответствующих патологии, но и во всех минимальных выражениях, составляющих обычно сопровождение или предварительные условия так называемых нормальных сексуальных отношений. Именно психоанализ показал, что *невротические симптомы* представляют собой смещенное удовлетворение, компромисс в удовлетворении сексуальных, чаще всего перверсных желаний, что заключено в зна-

См. в гл. I изложение понятий парциального и тотального объекта.

## ТЕОРИЯ

менитой формуле: «Невроз является, если можно так выразиться, негативом перверсии» («Три очерка по теории сексуальности»).

В реальности все эти области очевидным образом связаны, и известно, какой скандал вызвал Фрейд, утверждая, что ребенок демонстрирует в своей сексуальности полиморфную перверсную предрасположенность. Именно преемственность, простирающаяся в различных сексуальные проявлениях, преемственность, доказываемая психоаналитической клиникой, позволяет их все отнести к области сексуальности. Тем не менее сам Фрейд декларировал во «Введении в психоанализ», что «мы не обладаем пока универсально общепризнанным признаком, который позволил бы нам с уверенностью подтверждать сексуальную природу некоего процесса».

По поводу сексуального влечения нам осталось лишь добавить, что в обычных условиях психической жизни имеют дело именно с ним или его превращениями. Можно даже уточнить, что любая психоаналитическая концептуализация влечения имеет в виду сексуальное влечение. Именно оно подвергается вытеснению, именно оно в перспективе первой топки является образующей бессознательного. И именно в этой мере психоаналитическая теория могла оцениваться как пансексуальная, тогда как на самом деле, как мы это увидим, всегда существовала проблема дуализма влечения — либо между сексуальными влечениями и влечениями самосохранения, либо между влечениями к жизни и влечениями к смерти.

С экономической точки зрения проявления сексуального влечения связаны с существованием некой силы, специфической энергии, называемой *либидо*. Совершенно очевидно, что этот термин означает лишь специфическую энергию сексуального влечения. Некоторое время различие между «психическим либидо» и сексуальным соматическим возбуждением казалось слабо обозначенным. В дальнейшем было твердо установлено, что термин либидо означает постулированную количественно, хотя реально и неизмеримую, психическую энергию сексуальной природы. Это последнее определение (яблоко раздора между Фрейдом и Юн-гом) не противоречит тому, что для понимания некоторых основных положений (нарциссизма, сублимации) психоаналитической теории необходимо ввести понятие десексуализированной энергии, а не исходно асексуализированной. Наконец, следует отметить, что в отличие от либидо собственная энергия других влечений не получила особого названия; Фрейд банально называл энергию влечений самосохранения «влечением Я»<sup>1</sup>. Что же касается термина «деструдо»<sup>2</sup>, обозначающего энергию влечений к смерти, то он ему не принадлежит и никогда не имел широкого применения.

<sup>1</sup> В оригинале: «interet du Moi» (*фр.*), может быть переведено и как «выгода Я» (*прим. пер.*).

<sup>2</sup> В некоторых источниках: «мортидо» (*прим. пер.*).

## ТЕОРИЯ ВЛЕЧЕНИЙ

Рассмотрев основные элементы концепции влечения, перейдем к концептуальной проработке этого понятия, чтобы одновременно понять его значение как в психической жизни, так и в психоаналитической теории.

Принято, и это вполне согласуется с фактами, различать три этапа развития мысли Фрейда по этому поводу.

1. Первый этап характеризуется дуализмом между сексуальными влечениями, с одной стороны, и влечениями Я и самосохранением — с другой.

2. Второй этап отмечен введением в теорию влечений нарциссизма.

3. На третьем этапе устанавливается оппозиция между влечением к жизни и влечением к смерти.

В этой исторической перспективе можно отметить, что понятие влечения было уточнено относительно поздно. Фрейду было около 50 лет, когда в *«Трех очерках по теории сексуальности»* (1905) он дал ему первые ясные определения. Безусловно, ранее он уже изучал психический конфликт, происходящий между Я<sup>1</sup> и бессознательным, уточнив, что этот конфликт затрагивает энергию, но ее природа оставалась неуточненной.

■ Итак, первая теоретическая проработка вносит различие *между сексуальными влечениями и влечениями самосохранения*. Наиболее отчетливую формулировку этого дуализма можно обнаружить в работе 1910 года *«Психоаналитическая концепция нарушений зрения психического происхождения»*. В ней он пишет: «Влечения не всегда согласованы между собой, и это приводит к конфликту интересов. Совершенно особое значение для наших усилий по разъяснению имеет неоспоримая оппозиция, господствующая между инстинктами, служащими целям сексуальности, получению сексуального удовольствия, и другими инстинктами, направленными на предохранение и сохранение индивида, т.е. инстинктами Я. Поэт сказал бы, что все активные органические инстинкты нашей души можно расположить за голодом или за любовью». Вслед за Фрейдом можно также понять этот дуализм как оппозицию между влечениями, служащими сохранению индивида, и влечениями, обеспечивающими сохранение вида. Эта оппозиция, которая будет объяснена несколько далее, самым банальным образом приводит к тому, что сексуальные влечения, в силу своих требований, могут подвергнуть опасности субъекта или во всяком случае его душевный покой внутри его социального окружения. Следует понять, что на протяжении длительного периода для аналитической теории было очевидно, что сила бессознательного зиждется на сексуальных влечениях, и достаточно новым было уточнение, что Я также заимствует из определенной категории В обыденном смысле: осознающая личность.

влечений силу, позволяющую ему противостоять бессознательному. Итак, на момент первой теории влечений конфликт между влечениями точно покрывает конфликт между инстанциями психического аппарата.

В любом случае важнейшим вкладом этой первой разработки является понятие **фиксации** (подкрепления). Сексуальные влечения исходно не противопоставляются влечениям Я, совсем напротив, в начале жизни сексуальные влечения сцеплены с функциями самосохранения, т.е. они едины с ними, они одновременно используют их телесный источник и их объект. В этот момент сексуальные влечения определяются в целом лишь некоторым особым способом удовлетворения, являющимся, если можно так выразиться, не более чем полученной прибавочной стоимостью. Типичный пример — сосание. Маленький ребенок сосет грудь, чтобы удовлетворить голод, но эта активность обеспечивает ему самостоятельное удовольствие, и позднее, даже в отсутствие голода, он сосет грудь или соску в поисках только этого удовольствия. Начиная с этого открытия сексуальное удовлетворение отделяется от физиологической потребности. Если функция питания предоставляет пример типичной фиксации (подкрепления), то следует признать, что любые органические функции могут реализовываться сходным образом, в частности функции выделения, мочеиспускания, и в особенности дефекация. Более того, это могут быть не только органические функции, но и функции жизненных отношений, фиксирующие первые варианты сексуального удовлетворения. Например, зрение, касание, мышечная активность, вплоть до интеллектуальной активности. Так, говорит Фрейд, «...возможно, что ничто значительное не происходит в организме без составляющей, поддерживающей сексуальное возбуждение» {«Три очерка по теории сексуальности»}.

Одно из важных следствий этой фиксации на различных телесных функциях определяется понятием **частичных (парциальных) влечений**. Под этим следует понимать, что существует лишь сексуальность, лишь сексуальное влечение, но у детей вплоть до Эдиповой фазы составляющие этого влечения могут функционировать совершенно автономным образом, независимо от организующего принципа. На этой аутоэротической стадии каждая эрогенная зона пригодна для получения определенного сексуального удовольствия, называемого «органным удовольствием».

Другое интересное следствие органичного взаимодействия двух функций — сексуальной и самосохранения — представляет собой этиология **функциональных расстройств психического происхождения**. В уже цитированной статье 1910 года Фрейд специально изучал психическую слепоту. Если Я оценивает сексуальные потребности как зрительно избыточные, то оно строго наказывает это использование зрения, наделяя сексуальным инстинктом. Но вытеснение, говорит Фрейд, заходит иногда слишком далеко, Я уступает в некотором смысле орган зрения сексуальным влечени-



ям, и функция зрения оказывается целиком поглощенной вытеснением. Это, говорит он, как если бы Я выплеснуло ребенка из ванны вместе с водой. Это, добавляет он, как если бы обвинительный голос вознесся над заинтересованным лицом, чтобы сказать ему: «Поскольку ты счел возможным доверить орган зрения получению греховных чувственных удовольствий, для тебя будет лучше ничего более не видеть». Аналогичный механизм обнаруживается при огромном количестве дефицитарных истерических расстройств (паралич, анестезия, анорексия и т.д.).

Некоторые авторы (в том числе Фрейд в *«Трех очерках...»*) видят в этой связи между двумя функциями объяснение сублимации<sup>1</sup>, т.е. возможности для парциальной сексуальной составляющей найти выражение в несексуальной активности.

В плане развития личности или, более точно, в отношениях личности с объектом из понятия фиксации следует, что сексуальное удовлетворение, будучи исходно связанным с функциями сохранения, и более специфически с питанием, нуждается в объекте, расположенном вне субъекта,— материнской груди. Иначе говоря, частичное влечение соответствует такому же частичному объекту. Но очень скоро сексуальное влечение отделяется от функции самосохранения, не нуждаясь более во внешнем объекте, и может удовлетворяться аутоэротическим способом. Лишь после периода латентности, говорит Фрейд (позднее он нюансирует это положение), снова начинается поиск внешнего объекта, становящегося в это время целостным объектом. Он заключает: «В конечном итоге, найти сексуальный объект можно, лишь только его вновь обнаружив».

То, что мы сказали по поводу объекта, уже позволяет нам понять, почему два основных влечения приходят не просто к разделению, а к оппозиции. Фрейд высказал свои соображения по этому поводу в статье *«Положение, касающееся двух принципов психического функционирования»*. Чтобы Я функционировало, принцип реальности быстро вытесняет принцип удовольствия, поскольку для его удовлетворения функции в обязательном порядке нуждаются во внешнем объекте. Тогда как сексуальные влечения не только продолжают сохранять возможность аутоэротического удовлетворения, но их удовлетворение возможно даже вне реальности, фантазматическим способом (мы вернемся к этому в конце данной главы). Таким образом, они могут легче оставаться связанными с принципом удовольствия.

Описанная фиксация<sup>2</sup> отмечает либидинальное развитие далеко за границами прегенитальных фаз, и можно свободно говорить об эротиз-

<sup>1</sup> Сублимация изучается вместе с механизмами защиты, гл. 3.

<sup>2</sup> Фиксация и анаклитизм — частичные синонимы: термины «анаклитический» и «ана-клицизм» употребляются скорее в области клиники (анаклитический — опорный; неологизм, образованный на основе греческого глагола «опираться на...»), для описания ранних привязанностей) (*прим. пер.*).

ме орального или анального характера у взрослых, например, когда в объектном отношении преобладает парциальное влечение.

Следует хорошо понять, что только сексуальное влечение дало основание для аналитического исследования. Что же касается влечений самосохранения, они никогда не исследовались как таковые, но лишь в их связи с сексуальными влечениями. Представляется, что просто-напросто Фрейд выделял парциальные влечения самосохранения, связанные с основными органическими функциями, по аналогии с выделением парциальных сексуальных влечений.

Мы не будем более останавливаться на первом этапе разработки теории влечений, более детально эти влечения обсуждались при обзоре развития личности (гл. 1).

■ Эта первая конструкция сферы влечений была скорее только намечена, чем проявлена, в 1914 году в длинной статье *«По поводу введения в нарциссизм»*. Современникам было довольно затруднительно сразу оценить ее значение. Тем не менее чувствовалось, что речь идет совсем о других вещах, нежели о простом уточнении теории. Джонс вспоминает в своей книге<sup>1</sup>, что он тогда написал Фрейду, что «эта работа наносит очень болезненный удар по теории влечений». Концепция дуализма влечений, казалось, была поставлена под угрозу. Вскоре после разрыва с Юнгом Фрейд как будто возвращается к своей монистической концепции.

Впрочем, в первом приближении положение кажется достаточно простым. Во-первых, сохраняется дуализм инстинктов самосохранения и сексуальных инстинктов. Во-вторых, пересматривается именно понимание объекта сексуального влечения. То есть раньше Фрейд различал аутоэротическое удовлетворение (органное удовольствие) и объектное удовольствие. Теперь он вводит другую модальность, являющуюся глобальной либидинальной загрузкой Я. Отметим, кстати, что введение нарциссизма привело к уточнению, если не пересмотру, топической модели и концепции Я.

Понятие нарциссизма<sup>2</sup> было разработано именно исходя из различных соображений, преимущественно генетических и экономических. Начиная с 1910-1911 гг. {«Три очерка по теории сексуальности», анализ «Случая Шрейбера») Фрейд допускает вслед за Абрахамом, постулировавшим этот механизм при dementia praecox, что либидо, покидающее объекты внешнего мира, может вновь нахлынуть, загружая сам субъект. Это привело к допущению гипотезы о существовании этапа в процессе развития, когда загружена уже не эрогенная зона, а сама личность в целом (Я-тело).

<sup>1</sup> См.: *«Жизнь и творчество Зигмунда Фрейда»*.

<sup>2</sup> По поводу нарциссизма см. также гл. 1.

Позднее, в соответствии с «диалектикой» идентификации, загрузка перемещается на внешний «идентичный» объект — это стадия выбора гомосексуального объекта. Затем осуществляется загрузка гетеросексуального объекта. Но Я остается всегда частично загруженным, и объектные загрузки пребывают связанными с ним, подобно классическому образу псевдоподий амебы, связанных с ядерной областью. Существует подобие равновесия между тем, что называется с этого времени либидо Я, и либидо объекта. «Чем больше одно поглощает,— уточняет Фрейд,— тем более другое оскудевает». (Заметим, что он таким образом устанавливает здесь другое применение принципа константности.) «Я следует рассматривать как большой резервуар либидо, откуда оно направляется на объекты и который всегда готов поглотить либидо, отступающее от объекта».

Либидо, являясь энергией сексуальных влечений, берет свое начало в Оно; таким образом, именно эта инстанция является в определенном смысле первичным резервуаром. Лишь после своей первой нарциссической загрузки Я реально располагает либидинальным резервом. Заметим, что эта первичная мощная и интенсивная загрузка оставит след, ностальгию по целостности и абсолютному блаженству и создаст после переформирования через воспитание Идеал-Я, появляющийся по этому случаю во второй топике.

На самом же деле эта теоретизация вызывает некоторые сложности. То, о чем мы говорили, содержит двойной аспект нарциссизма: этап ли-бидинальной эволюции и постоянную структурную данность Я. (Для некоторых авторов нарциссизм представляет собой некоторую сущность, более или менее сравнимую с инстанцией и располагающую собственной энергией.) Но как представить себе понятия первичного и вторичного нарциссизма, понятия, вполне установившиеся и используемые после Фрейда почти всеми авторами?

**Вторичный нарциссизм** представляет меньшие затруднения: явление преимущественно клиническое, оно понятно во всех ситуациях, когда встречается рефлюкс объектного либидо на Я. Выражение **первичный нарциссизм** пытается указать на исходную ситуацию, когда либидо инвестировано в сам субъект. К какому моменту отнести этот этап? Для Фрейда он располагался после аутоэротизма вплоть до 1915 года. Но он сам же начиная с 1916 года ссылается на куда более архаическую загрузку, предшествующую любой загрузке внешнего мира. В целом эта концепция превалировала; данная стадия, прототипом которой будет внутриматочное существование, может быть охарактеризована недиф-ференцированностью: между Я и Оно и между Я-Оно и внешним миром.

Эта концепция поднимает несколько проблем. Во-первых, понятия загрузки и нарциссизма (в смысле отраженного явления) теряют здесь свое значение. Во-вторых, для некоторых аналитиков (вслед за

М. Кляйн) питание с самого начала является отношением объектного типа и представляет функционально активное Я. Таким образом, состояние недифференцированности становится весьма гипотетическим состоянием плода. Некоторые авторы, близкие к первоначальным взглядам Фрейда, приурочивают первичный нарциссизм к моменту формирования (через интериоризацию образа другого) Я-личности (Я субъектное<sup>1</sup>), целостной и отчетливо «идентифицированной», связанной с освоением телесной схемы (см. стадию зеркала Ж. Лакана).

О чем бы не были эти споры, можно запомнить, что нарциссизм приводит нас к рассмотрению трех классов фактов:

- состояние полной недифференцированности (Я-Оно и субъект-внешний мир);
- образование целостного образа себя (благодаря «объединению» аутоэротизма и\или интериоризации образа другого);
- изъятие в пользу Я либидо, инвестированного во внешние объекты (вторичный нарциссизм).

Несколько возвращаясь назад, можно признать, что опасения, выраженные Джонсом, были обоснованы.

Влечения самосохранения были ограничены и недостаточно самостоятельны, но с того момента, как загрузились сексуальной энергией,— так как нарциссизм, говорит Фрейд, есть либидинальное дополнение «эгоизма» (или «выгоды Я»), свойственного инстинкту самосохранения,— они оказались полностью перекрыты сексуальностью. К тому же различие самосохранения и любви к себе представлялось малоосмысленным.

Впоследствии Фрейд, освободившийся от заботы успокаивать своих последователей, сам признал, что «долгий прогресс психоаналитических исследований, кажется, направляется в направлении спекулятивных шагов Юнга по поводу исходного либидо, тем более,— добавляет он,— что трансформация объектного либидо в нарциссизм неизбежно связана с определенной десексуализацией»<sup>2</sup>.

В реальности аналитическое движение едва ли начало осмысливать это новое явление, которое уже открыло новый этап и новый дуализм влечений.

■ Последняя теоретизация Фрейда по поводу влечений описана в общем пересмотре аналитической теории. Эта модификация прочно обрела форму в статье 1920 года «*По ту сторону принципа удовольствия*», но оче-

<sup>1</sup> В оригинале: un Ic (*фр.*)— безударное личное местоимение Я, использующееся только в сочетании с глаголом (*прим. пер.*)

<sup>2</sup> По поводу этой спорной проблемы десексуализации мы отмстим помимо ее связи с вторичным нарциссизмом ее корреляцию с сублимацией: именно десексуализированная энергия во время ее изъятия допускает загрузки вовне сексуальные цели (см.: сублимация в гл. 3).

видно, что она зарождалась на протяжении долгого времени. В статье 1915 года «*Влечения и их судьбы*» появление антагонистической пары любовь-ненависть поставило проблему, изучение которой не закончено. Интересно отметить, что эта новая концептуализация, нацеленная, как мы говорили, на дуализм **влечения к жизни-влечения к смерти**, не являясь фактом медитации *a priori*, завершает последовательность логических требований, исходящих из клинических наблюдений. Обобщая, можно сказать, что влечение к смерти<sup>1</sup> было постулировано в связи с сомнительностью принципа удовольствия в случае **компульсивный повторения**. И в самом деле, в устрашающих и повторяющихся снах при травматическом неврозе, в вечном возвращении к мучительным ситуациям (невроз «судьбы», некоторые фазы аналитического лечения, определенные детские игры) вряд ли принцип удовольствия находит какую-либо выгоду (противоположно тому, что происходит при возвращении вытесненного: заместительное образование, компромиссное образование). Таким образом, представляется, что в психической жизни существует «неустрашимая тенденция к повторению, которая осуществляется без учета принципа удовольствия и располагается, в некотором смысле, поверх него». Безусловно, можно объяснить эту тенденцию к повторению, увидев в ней попытки Я подавить болезненные аффекты или констатировав, что то, что является неудовольствием для одной системы психического аппарата, может быть удовольствием для другой (по поводу компульсивного повторения охотно говорят о «сопротивлении Оно»). Но Фрейд эти объяснения, сколь приемлемыми бы они не были, не удовлетворяли.

Благодаря определенному повороту в биологических и в особенности экономических взглядах, где он вернулся к концепции травматизации и страха, Фрейд пришел к допущению, что тенденция к повторению является основным свойством влечений, направляющим организм к воспроизведению, установлению предшествующего состояния, от которого оно было вынуждено отойти. Изменения, прогресс вызываются действием внешних факторов, возмущающих факторов, которые вынуждают организм выйти из инертного состояния. Таким образом, состояние, предшествующее жизни, есть неорганическое состояние; можно сказать, что влечение стремится вернуть организм к неорганическому состоянию, или скорее цель, к которой стремится всякая жизнь, есть смерть. И Фрейд приходит к постулированию того, что в основании нашей психической жизни лежит влечение к смерти. Последнему он противопоставляет влечение к жизни, Эрос, силу, стремящуюся организовать все более и более сложные совокупности субстанций (живых) и поддерживать их в данном состоянии.

Выражение может использоваться как в единственном, так и во множественном числе.

Желая не оставаться в области чистой спекуляции, Фрейд пытается обосновать свою концепцию на биологических положениях. Не будучи полностью ими удовлетворен (одноклеточные организмы могут рассматриваться как виртуально бессмертные), он возвращается к более клиническим соображениям по поводу садизма и мазохизма.

Вплоть до этого момента садизм составлял часть сексуального инстинкта. Но он все же оставался достаточно специфичным, поскольку мог иметь в качестве цели не только господство над объектом, но и его разрушение, типичное для отношений прегенитального типа. Итак, появляется непосредственный антагонист этого сексуального влечения, которого Фрейд теперь называет «Эрос».

Как же осмыслить садо-мазохизм исходя из постулата влечения к смерти? Изначально это влечение должно быть направлено против самого субъекта, но либидо (энергия Эроса) связано с ним, и благодаря этому оно в то же время отвлекается на внешний мир: значительная часть влечения к смерти служит, таким образом, сексуальному влечению. Эта смесь влечения к смерти и сексуальности, ориентированная на внешний объект, и есть **садизм**. Но другая часть влечения к смерти, также объединенная с Эросом, остается направленной на субъект: она образует исходно эрогенный мазохизм, или **первичный мазохизм**.

Представляется, что влечение к жизни и влечение к смерти всегда связаны (или слиты, или смешаны). Это *смешение* не является банальной смесью двух содержимых внутри того же содержащего; оно зависит от собственных действий Эроса, всегда стремящегося к связи, к соединению. Когда есть рассоединение влечений, появляется амбивалентность любви-ненависти; на самом деле речь идет об исключительном случае, иллюстрируемом, однако, мелахолическим Сверх-Я — «чистой культурой влечения к смерти». Влечения к жизни и смерти могут быть объединены в различных пропорциях, и эти вариации, без сомнения, значительным образом меняют поведение субъекта. Остается, очевидно, лишь осмыслить, как одно фундаментальное влечение может превратиться в другое. Так, чтобы объяснить легкость и быстроту флуктуации от одной тенденции к другой, Фрейд предполагал, что следует ввести третий вид энергии, энергии нейтральной, легко мобилизуемой, которая может быть легко добавлена либо к эротической тенденции, либо к деструктивной тенденции, чтобы увеличить их общий энергетический заряд<sup>1</sup>.

Мы видели, что первая теория влечений старалась согласовать конфликт инстанций с конфликтом влечений. В новом дуализме влечений это соответствие исчезает. Реально Оно является источником обеих тен-

<sup>1</sup> Напомним о связи между нарциссизмом и дессексуализацией энергии, обсуждаемой в конце предыдущего параграфа.

денций. Впоследствии, как мы говорили, Я становится резервуаром либидо, т.е. влечений к жизни, тогда как влечения к смерти в том, что касается их мазохистской составляющей, загружают, как представляется, Сверх-Я. Но, говорит Фрейд, «ограничение одного или другого из основных влечений от какой-либо области психического не должно быть проблемой. Их возможно обнаружить везде». В сущности, эта сложность обогащает интерсистемную динамику. Так, Я может достигать удовлетворения, разряжая влечения Оно, и, напротив, отказ от удовлетворения влечения может также обеспечивать ему высокую оценку Сверх-Я.

Для ясности было бы интересно посмотреть, что происходит с категориями первой теории влечений во второй теории. Сексуальное влечение становится Эросом, стремящимся объединить части живой субстанции или, более точно, той частью Эроса, которая направлена на внешние объекты.

Понятие влечений Я претерпевает более сложную трансформацию. После того как был осмыслен нарциссизм, некоторые влечения Я стали восприниматься либидинальными по своей природе и имеющими внутренним объектом Я. Оппозиция между сексуальными влечениями и влечениями Я трансформировалась таким образом в оппозицию между влечениями Я и влечениями, ориентированными на объекты, но и те и другие имеют либидинальную природу. Мы видели, что деструктивные влечения, первично относящиеся к Я, впоследствии перешли к Оно.

Возвращаясь назад, чтобы рассмотреть эту новую теоретизацию в целом, отметим, что, с одной стороны, она вновь затрагивает значение принципа удовольствия, а с другой стороны, выдвигает на первый план понятие **агрессивности**, которое до этого играло незначительную роль в аналитической теории. Было модифицировано и само понятие влечения. В 1905 году Фрейд представлял его определенной массой, способной производить определенную работу в психической жизни. В 1920 году он объявляет влечение агентом, основанием тенденции, свойственной любому живому организму, толкающей его к воспроизведению, восстановлению предшествующего состояния, от которого оно должно было отступить под влиянием противодействующих внешних сил. Можно отметить, что, к сожалению, только влечения к смерти могут подойти под это определение; несколько позже мы увидим, как Фрейд пытался обойти это препятствие.

Заключая, можно сказать, что:

— в первой концепции влечений жизнь берет свое начало внутри организма, и влечение в каком-то смысле ей служит;

— во второй концепции жизнь берет свое начало в событии, внешнем по отношению к организму, а влечения стремятся, напротив, привести этот организм к неорганическому состоянию, предшествовавшему жизни.

Фрейд углубился, как он говорил это сам, в основания шопенгауэровской философии и пришел к постулату, что смерть «есть, собственно говоря, результат и одновременно цель жизни. Это не смерть является «случайным происшествием», а жизнь».

В любом случае, хотя Фрейд никогда более не отступал от этой концепции, следует отметить, что в клиническом плане она мало изменила его понимание психопатологии. Даже после 1920 года психический конфликт будет пониматься как оппозиция между влечением Я и объектным влечением, каждое из них происходит из соединения фракций влечения смерти и влечения жизни.

Можно отметить также, что, с онтогенетической точки зрения, новая теория ничего не изменила в понимании либидинального развития, в особенности прегенитальных стадий: Фрейд всегда допускал, что эта вторая концепция базируется в основном на теоретическом фундаменте, и именно поэтому никогда не считал необходимым отказываться от нее, несмотря на любую критику, объектом которой она была даже со стороны приверженцев психоанализа. Его упрекали к тому же в том, что он прибегает к биологизаторскому объяснению, которое не только неубедительно, но и методологически спорно, что его ссылки на философские концепции (Шопенгауэр) оборачиваются мифами Любви, Раздора, мифами Эмпедокла, и в особенности мифом об Андрогинах платоновского Пира, являющегося почти единственным аргументом Фрейда, позволяющим ввести сексуальность во вторую концепцию влечений. На самом же деле влечения жизни не обладают консервативной тенденцией возвращаться к предшествующему состоянию, которую Фрейд теперь делает главной характеристикой влечения. Для Эроса он постулирует, что живая субстанция, образуя вначале единство, становится позднее разделенной на две разнополюсные половины, стремящиеся теперь вновь объединиться. Здесь он воскрешает, не оговаривая этого, миф об Андрогине.

Наконец, в *«Кратком курсе»* он отказывается от рассмотрения этих двух первичных инстинктов в одном ракурсе. Цель Эроса, говорит он, вечно устанавливать все большее единство, а значит, сохранять связь.

Цель другого влечения, напротив, разорвать связи, а значит, разрушить нечто.

Несомненно, в рамках метапсихологического подхода вторая теория влечений была несколько неуместна.

Длительное время Фрейд с настойчивостью старался отделить свою психологическую концепцию от влияния сначала метафизики, а затем биологии. И вот, кажется, он вновь попадает под их двойное влияние. Видимо, сказалась юношеская увлеченность биологией, которой он долгое время занимался, и философией, к которой он хранил особо возвышенную любовь<sup>1</sup>.

Письмо к Флиссу от 12 апреля 1896 года в *«Рождении психоанализа»*.



## ТЕОРИЯ СТРАХА

Тщательная проработка теории страха<sup>1</sup> или, по крайней мере, ее окончательная формулировка появилась в произведениях Фрейда достаточно поздно, поскольку его книга *«Подавление, симптомы и страх»* вышла в 1920 году. Он не то что бы не касался этой проблемы раньше, но всегда оставался в рамках относительно простой концепции, которую он сам впоследствии отверг. Эта первая концепция, называемая иногда *первой теорией страха*, тем не менее небезынтересна для понимания психоаналитической теории и заслуживает быть здесь представленной.

■ Она может быть изложена достаточно просто. В работе 1905 года *«Три очерка по теории сексуальности»* Фрейд дает ей следующую формулировку: у взрослого, как и у ребенка, либидо превращается в страх начиная с того момента, когда влечение не может достичь удовлетворения. В замечании, добавленном в 1920 году, он образно уточняет: «Невротический страх есть продукт либидо, как уксус есть продукт вина». Рассматривая случай ребенка, он замечает, что страх при своем возникновении есть не что иное, как чувство отсутствия любимого человека. Но он не разрабатывал более этот подход и с другой стороны постулировал, что именно дети с ранним или чрезмерным сексуальным влечением предрасположены к страху.

Двенадцать лет спустя во *«Введении в Психоанализ»*, в главе, посвященной этой проблеме, он старается ясно различать реальный страх и страх невротический. Реальный страх запускается восприятием внешней опасности и связан с рефлексом самосохранения. Таким образом, он проявляется как нечто вполне нормальное и понятное. В любом случае, говорит он, реакция защиты может проявиться без сопровождения ощущения страха, которое, будучи слишком интенсивным, может создавать помехи, парализуя субъект. Бегство разумно, добавляет он, страх же не отвечает никакой цели.

Он возвращается к онтогенетической концепции, изложенной в 1905 году, уточняя ее. **Ребенок** реагирует на утрату матери, что, говорит он, воспроизводит страх, сопровождающий акт рождения, являющийся сепарацией с матерью. Он уточняет, что эта сепарация с матерью оставляет либидо неустраиваемым, не имеющим объекта, на который оно может обратиться. В этом страх ребенка превосходит невротический страх взрослого. На самом деле реальный страх у ребенка практически никогда не возникает. Ребенок достаточно безразличен к реально опас-

<sup>1</sup> В оригинале: «angoïssc» — термин, имеющий семантический оттенок не просто страха (peur — страх, боязнь, опасение (*фр.*)), но тоски, ужаса, тревоги, стеснения в груди (*прим. пер.*).

ным (ситуациям, что просто связано с его неспособностью оценить эту опасность.

Уточняя еще более положение вещей, он отмечает, что эта первая утрата /любимого объекта может быть замещена ситуацией, имеющей такое же значение. Так, ребенок, не видящий в темноте свою мать, думает, что потерял ее, и реагирует страхом каждый раз, когда оказывается в темноте.

Тем не менее существует большое различие между ребенком и не-вротском: у последнего речь идет не о либидо, кратковременно не востребованном, а о либидо, отделенном от вытесненной репрезентации.

Говоря о вытеснении<sup>1</sup>, Фрейд вплоть до этого момента представлял только определенный вид репрезентации. Теперь он говорит, что аффективный заряд, квант энергии, связанной с этим представлением, трансформируется в страх независимо от его качества в условиях нормального проявления. Он говорит даже о разрядке в форме страха. Естественно, он отмечает, что невротические процессы не сводятся к этому воспроизводству страха, и для *фобии*, например, он далее вводит проекцию: т.е. страх связаш с внешней опасностью. С другой стороны, формирование симп-томов направлено на затруднение контактов с внешним фобогенным объектом (процесс, который интересно отметить, поскольку мы обнаружим его во второй теории страха).

Заметим, что в это время Фрейд вернулся к теории Отто Ранка, хотя и не упоминая его имени, и уточнял, что невротический страх формируется вкруг ядра, образующего повторение некоторого значимого и важного события, принадлежащего прошлому субъекта, и что, с другой стороны, это инициальное событие может быть лишь рождением.

С «описательной точки зрения он различает то, что называется страхами ожидания (тревога ожидания), не запускающимися специфической ситуацией, и фобиями, где существует объект, идентифицируемый как причина, запускающая этот страх.

Как с нозографической точки зрения, так и с этиопатологической он апеллирует, с одной стороны, к своей теории *актуального невроза*, источником которого он делает недостаточность сексуальной разрядки. Он уточняет, что сексуальная абстиненция способствует воспроизводству страха лишь в случаях, когда либидо не находит удовлетворяющего отвлечения или в значительной части не сублимировано.

С другой стороны, он замечает, что категория невротиков или *обсес-сивных* больных пополняется за счет страдающих от патологических страхов. Когда эти больные органичены в выполнении их ритуалов и церемоний, можно констатировать, что они испытывают интенсивный

С'м. механизм вытеснения в гл. 3.

страх, который, таким образом, лишь диссимулирован симптомом. В об-сессивном неврозе страх замещен симптомом, что позволяет полагать, что симптомы формируются лишь для того, чтобы помешать развитию страха, который без них стал бы неизбежным.

Заключая сказанное и переходя к будущей теме вытеснения, можно привести одну фразу Фрейда: «Страх представляет собой разменную монету, в которую обращаются или могут обращаться любые аффективные возбуждения, когда их содержание удалено из репрезентации или подвергнуто вытеснению». Это то, что иногда резюмируется в формуле: страх порождается вытесненным.

■ Но совершенно очевидно, что в работе «*Подавление, симптомы и страхи*» Фрейд дает более проработанную и более удовлетворяющую его формулировку теории страха (часто называемую *второй теорией страха*). Страх появляется в ней как настоящая функция Я. Это нечто вроде сигнала неудовольствия, позволяющего мобилизовать все виды энергии, необходимые для борьбы с потребностью влечения, исходящего из Оно, которое, впрочем, остается изолированным перед лицом этой мобилизации Я. На самом деле организовано единственно Я, Оно не организовано и не может направить все свои необходимые силы на поддержку вытесненной потребности. Таким образом, с самого начала утверждается, что Я (инстанция) есть реальное местопребывание страха, и предшествующая концепция, допуская, что энергия вытесненной потребности автоматически превращается в страх, отвергается.

К тому же экономическая, энергетическая проблема более не занимает первого места: страх не вызывается каждый раз в качестве нового проявления, он воспроизводит в форме эмоционального состояния уже существующий **мнестический след**. В большей степени, чем раньше, Фрейд стремится найти опору для своей концептуализации в ясных клинических соображениях.

Отмечая, что страх совершенно не проявляется при конверсионной истерии и что в обсессивном неврозе он в значительной степени перекрывается, маскируясь, симптомами, Фрейд основывается при этом на исследованиях **фобии**<sup>1</sup>. В качестве примера он использует детскую фобию животных, фобию маленького Ганса<sup>2</sup>. Объект этой фобии точно известен — это страх быть укушенным лошастью. Итак, анализ выявляет амбивалентность и агрессивность, направленную на отца. Фрейд постулирует, что компульсивное желание, подвергнутое вытеснению, есть агрессивность, направленная против отца, и что единственное невротическое проявление есть

<sup>1</sup> Или истерии страха, отличной от невроза страха (см. гл. 8).

<sup>2</sup> Для более детального клинического изложения мы отсылаем к «*Пяти случаям психоанализа*».

замена образа отца лошадью. Попутно он замечает, что именно это замещение и образует симптом. Страх быть укушенным может («без натяжки», говорит он) быть объяснен как страх, что лошадь откусит ему гениталии, кастрирует его. Страх, таким образом, есть страх кастрации и в случае фобии (и в более широком смысле — неврозов) в рамках Эдипова комплекса должен быть замещен. Он отмечает, что другая эдиповская составляющая — нежное отношение к отцу — также запускает страх кастрации, помещая в соответствии с женской позицией отца на место матери (что еще более очевидно в случае «Человека с волками»<sup>1</sup>).

Эта концепция привела к значительным изменениям. Страх более не является автоматически продуктом, связанным с вытеснением, скорее именно этот страх кастрации и осуществляет вытеснение. Невротический страх, таким образом, приближается к страху перед реальной опасностью либо оцениваемой как таковая субъектом.

Представляется, что эта концепция может быть распространена на все виды фобий, особенно агорафобического типа, когда страх кастрации может прямо формировать «страх искушения». Эта связь кажется очевидной при сифилофобии.

Сравнивая **обсессивный невроз** с фобией, можно констатировать, что единственное различие состоит в том, что в обсессивном неврозе ситуация опасности образуется из-за враждебности Сверх-Я, т.е. опасность не проецируется вовне, а напротив, интериоризована. Это приводит к пониманию наказания Сверх-Я как производной формы кастрации.

Еще более расширяя проблему, Фрейд обращается к **травматическим неврозам**. Но в этом случае только одного факта быть подвергнутым реальной опасности недостаточно для формирования невроза. На самом деле страх реактивирует мнестические следы. Однако никогда нечто похожее на смерть не может оставить точно определяемых следов. Поэтому страх смерти должен пониматься как аналог страха кастрации.

Что же касается страха маленького ребенка, реакции на отсутствие матери, на 'потерю объекта, то он может быть сопоставим со страхом рождения — сепарацией с матерью, а также со страхом кастрации, в равной степени запускаемым угрозой утраты высокозагруженного объекта. Более точно, между рождением и более поздним отсутствием матери существует близость с экономической точки зрения. В обоих случаях напряжение нарастает или из-за внезапного привнесения внешней стимуляции во время рождения, или из-за голода в случае сепарации с матерью. Позднее эта сепарация запускает страх, даже если нет чувства голода, что приводит к переходу непроизвольного автоматического страха, связанного с угрожающей ситуацией, к страху предумышленному, вос-

См. сноску 1 на с. 88.

производимому как сигнал опасности. Это понятие **сигнального страха**

(в сущности, страха-сигнала) есть важный вклад в данную теоретическую проработку. Страх, таким образом, становится элементом функции защиты Я. Итак, в любом случае именно утрата объекта или угроза этой утраты является детерминирующим условием страха. Фрейд отмечает, что в этой перспективе под страхом кастрации может также пониматься то, что обладание пенисом гарантирует возможность нового соединения с матерью (реально ее субститутом — женщиной). Таким образом, его утрата равносильна повторной утрате матери.

Еще труднее понять, каким образом страх кастрации переходит в моральный страх, т.е. страх Сверх-Я.

Можно полагать, что угрозой может быть утрата любви Сверх-Я, которое, как известно, является наследником Эдипова комплекса, т.е. родительских инстанций. Фрейд добавляет: «Крайняя форма, которую принимает этот страх перед Сверх-Я, есть, как мне кажется, страх смерти, т.е. страх перед Сверх-Я, проецированный на всемогущество рока»<sup>1</sup>.

Заметим, что по своей привычке он совершенно не останавливается на случае девочки и женщины вообще, которые, по его мнению, «тем не менее, в большей степени предрасположены к неврозу». Для нее, говорит он, речь идет не об угрозе утраты объекта, а напротив, с самого начала об угрозе утраты любви со стороны этого объекта, что, между прочим, сближает страх девочки со страхом Сверх-Я, хотя во «*Введении в нарциссизм*» он настаивал, что Сверх-Я у девочки является более поздним, чем у мальчика, образованием. В приложениях к своей работе, являющихся, по сути дела, окончательной редакцией и обобщением, Фрейд, однако, уточняет, что есть основания различать реальный страх (угроза со стороны внешнего объекта) и невротический страх (рожденный потребностью влечения). Страх в любом случае связан с нашей растерянностью перед лицом опасности. Он называет травматической ситуацией реально пережитой растерянности и опасной — ситуацию, напоминающую травматическую ситуацию, т.е. позволяющую индивиду предвидеть опасность и подготовиться к ней. На этом уровне можно различать две модальности страха. В первом случае речь идет о непроизвольном страхе, объясняемом экономически, когда возникает ситуация опасности, аналогичная ситуации растерянности. Это — **автоматический страх**. Что же касается сигнального страха, то он возникает, когда ситуация подобного рода только угрожает. Как представляется, Я подвергается страху как с целью «вакцинации», так и с целью мобилизации его защит.

<sup>1</sup> О значительном вкладе М. Кляйн и ее школы в исследование психотических типов страха (параноидный страх, страх расчленения Себя и идеального интроецированного объекта) см. в гл. 9 и 10.

Еще раз отметим, что вторая разработка воспроизводит некоторые фундаментальные аспекты первой. Но вторая теория страха вносит, как мы видели, важное понятие: экономическая точка зрения в целом не может дать полного обзора психической деятельности. Некоторые функции должны быть рассмотрены с информационной точки зрения. Не воскрешает ли это, впрочем, «малые количества энергии», по поводу которых Фрейд постулировал, что они связывают процессы мышления, процессы, в которых, что важно, есть превращение переданной информации, а не переданной энергии (минимальной).

### СНОВИДЕНИЯ, ГРЕЗЫ, ФАНТАЗМЫ

Хотя Фрейд часто перерабатывал некоторые понятия и механизмы, его теория сновидений, углубленное исследование которой он представил в 1900 году в «Науке о сновидениях», практически не претерпела никаких изменений. Он начал интересоваться этой проблемой в своих работах о бессознательном, но проект написания работы на эту тему уточнился в то самое время, когда он предпринял самоанализ (в 1897 году); известно, какую значительную роль он придавал в нем интерпретации своих сновидений.

Перед тем как уточнить, **как** работает сновидение, зададимся сначала вопросом, **почему** оно появляется, какова его **функция**. Первоначальная идея крайне проста. Сон является физиологической потребностью, состоянием, в котором спящий максимально отделен от всех внешних раздражителей. Субъект не может бесконечно выносить напряжение мира и периодически нуждается в возвращении в ситуацию, напоминающую внутриутробную жизнь. Фрейд даже говорил об инстинкте, толкающем живое существо к возвращению к внутриутробной жизни,— инстинкте сна. Сон, говорит он, есть на самом деле возвращение в материнское лоно.

Но разгрузка от внешней реальности, временная остановка моторной активности допускают ослабление защитных противозагрузок, смягчение цензуры, так как запросы влечений более не подвергаются опасности быть осуществленными. Поэтому вытеснение не поддерживается далее с прежней строгостью, репрезентанты влечений выходят из Оно, тем более что под защитой регрессии<sup>1</sup>, какой является сон, существует нечто вроде сближения Я и Оно.

Как же проявляется функция сновидения? Она захватывает определенным образом влечения, исходящие из Оно, и обрабатывает их так,

<sup>1</sup> В сновидении процесс регрессии проявляется во многих модальностях; здесь мы видим «временную» регрессию организации Я.

чтобы возбуждение, представленное внезапным проявлением желания, не побуждало Я к прерыванию сна. Как сновидение может умерить это возбуждение? Просто реализуя желания галлюцинаторным образом. В итоге именно так сновидение проявляет себя в качестве **охранителя сна**. В письме к Флиссу в момент отчаяния Фрейд даже пишет: «Все это приходит к общему месту, все сновидения стремятся к реализации одного единственного желания, являющегося желанием спать. Сновидения видят, чтобы не просыпаться, поскольку хотят спать».

Именно проявление желания может прервать сон. Часто в содержании сновидения обнаруживается очевидная охваченность событиями предшествующего дня, «дневной остаток». Есть ли это именно тот уровень, где сновидение ищет удовлетворения? На самом деле представляется, что внешние обстоятельства включаются лишь в той мере, в какой они ассоциируются куда с более глубоким, более архаическим желанием. Бессознательное желание — «нечто вроде капиталиста, направляющего физическую энергию на формирование сновидения. Это сновидение реализуется подрядчиком, которым здесь является дневной остаток и который определяет использование этой энергии». В зависимости от относительного значения этих дневных остатков и бессознательного влечения можно говорить о «сновидениях Я» и «сновидениях Оно».

Если сновидение стремится к **«галлюцинаторной реализации»** желания (к осуществлению желания), оно никогда не достигает ее. В детских сновидениях реализация носит прямой и непосредственный характер. В сновидениях взрослого реализация затуманена, поскольку цензура, хоть и смягчена, но не упразднена; так Сверх-Я продолжает навязывать ему свои требования, и сновидение, так же точно как и симптом, является компромиссным образованием<sup>1</sup>.

Мы видим, как работа сновидения трансформирует скрытые мысли сновидца. С описательной точки зрения воспоминание о сновидении называется **явленным содержанием**. То, что анализ старается открыть за этим явленным содержанием, исходные идеи, подвергнувшиеся работе сновидения, называются **латентными мыслями (содержанием)** сновидения. Интерпретировать сновидение — это значит открыть организацию, дискурс, выражающий желание, являющееся источником сновидения. Явленное содержание и латентные мысли выступают двумя разными представлениями одного и того же содержания, двумя различными языками, выражающими одну и ту же идею.

**Работа сновидения** состоит в трансформации латентного содержания сновидения таким образом, чтобы сделать его приемлемым для Я,

<sup>1</sup> Кошмар можно рассматривать как иллюстрацию симптома; в нем обнаруживаются желание и наказание за него. Но страх травматического сновидения восходит к компульсии повторения.

избегая его вытеснения. С другой стороны, сновидение представляет собой, ввиду регрессии во сне, настоящее проникновение со взломом Оно в Я. Фрейд видит множество тому свидетельств: во-первых, память более обширна в сновидении, чем в бодрствующем состоянии. В сновидении обнаруживаются воспоминания, которые могут быть забыты спящим, в особенности элементы, которые были подвергнуты детской амнезии. Во-вторых, сновидение обращается к символическому языку, значение которого неведомо самому субъекту, когда он пробужден; представляется, что сновидение может заставить проявиться материал, принадлежащий филогенетическому наследию. Но этот бессознательный материал, проникая в Я, оставляет в нем следы работы Оно. Анализ способа, превращающего латентные мысли в явленное содержание, дает четыре следующих механизма:

- сгущение;
- смещение;
- учет изобразительности;
- вторичная обработка.

Мы уже говорили о **сгущении** и **смещении** при обсуждении первичных процессов. Не будем возвращаться к этому, лишь подчеркнем, что сгущение имеет следствием сверхдетерминацию сновидения или его некоторых элементов, допускающую различные одинаково приемлемые интерпретации. Можно, кстати, отметить, что эти механизмы, которые обычно относятся к *первичным процессам*, выполняют работу цензуры, поскольку стремятся сделать сновидение невнятным для субъекта.

Третье действие проработки — трансформировать идеи в *визуальные образы*. Здесь можно выделить два аспекта: с одной стороны, селекция всех тех вариаций мысли, что готовы к визуальному выражению, с другой — тенденция к замещению абстрактных понятий конкретными представлениями. Фрейд замечает, что в этом обнаруживается архаический аспект языка. И в самом деле, слова исходно имели конкретное значение и некоторые лишь впоследствии обрели абстрактный смысл. Точно так же язык сновидения не знает ни противоречий, ни аллогизмов. Наряду с этим первоначально в языках одно и то же слово могло иметь противоположные значения (например, на латыни: *altus* и *sacer*).

Четвертый механизм несет метку вторичного процесса. **Вторичная проработка** (называемая еще учетом осмысленности) стремится сделать сновидение в целом связным и понятным. Еще в большей степени, чем другие, он отмечен вмешательством цензуры, Сверх-Я, и представляется, что наиболее связные сновидения сняты во время наименее глубокого сна. Реально вторичная проработка происходит не только во время формирования сна, она также вмешивается в момент его воспоминания. Никогда нельзя быть уверенным, что сон, который рассказывается, точ-



но соответствует тому, что было увидено. Эта вторичная переработка в качестве защитного процесса может быть очевидным образом соотнесена с рационализацией.

Мы только что отметили, что в самом своем способе проработки сновидение имеет архаический регрессивный характер. Этот **регрессивный аспект** обнаруживается и на других уровнях, особенно на временном уровне, в той мере, в какой он допускает возвращение вытесненного, т.е. возвращение либидальных образований предшествующих стадий эволюции. Сновидение интересно прежде всего постольку, поскольку оно является образцом иллюстрации топической<sup>1</sup> регрессии. Напомним, что в состоянии бодрствования возбуждение покидает сенсорный аппарат и, пересекая определенным образом психический (или нервно-психический) аппарат, разряжается в действии, тогда как в сновидении возбуждение поднимается от некоторых идей к чувственному или, точнее, визуальному восприятию. Это то, что также называется обратным (регреди-ентным) путем сновидения.

Наряду с этим можно обратить внимание на формальную регрессию в той мере, в какой она реализуется при переходе от абстрактного к конкретному. Напомним, что Фрейд даже постулировал регрессию, выходящую за пределы индивида и поднимающуюся к филогенетическим источникам: этот вклад есть **символизм** сновидения. Символический репрезентант является не только символическим образованием, но и образованием, которое находится в постоянной связи с символизируемым; это постоянство обнаруживается не только у данного индивида, но и у всех индивидов независимо от формы цивилизации. Можно отметить по этому поводу, что эти символические элементы проявляются в анализе тем, что они не соответствуют ассоциации.

Другая особенность — несмотря на то, что эти символы многочисленны, их область ограничена. В основном они касаются сексуальности (ауто- и гегерозротической), половых органов, рождения, смерти, родителей, детей. Мы не будем их здесь детально изучать, а простое перечисление было бы неинтересным (тем более что наиболее важные из них достаточно известны). К тому же между символическими репрезентациями и теми, что возникают благодаря общим путям смещения, не существует четкой границы. Понятно, что все это участие бессознательного в проработке сновидения заставило Фрейда сказать, что интерпретация сновидений есть «царские врата, ведущие к познанию бессознательного» (которые, напомним, создают лишь один аспект- психоаналитической работы).

<sup>1</sup> В данном случае этот термин не имеет никакого отношения к инстанциям психического аппарата.

Очевидно, что велико сходство между ночным сновидением и грезой при бодрствовании, **дневном сновидении**. Естественно, на уровне внешней мотивации они очень различны, поскольку в последнем случае речь не идет об охране сна. Но они обладают общей фундаментальной характеристикой, обеспечивающей субъекту некоторое удовлетворение, причем независимо от внешней реальности. Более того, существует сродство и в том, что касается механизмов формирования: дневное сновидение также часто обращается к элементам истории детства. В нем равно обнаруживаются феномены ступенчатости, перемещения и визуального выражения, хотя они имеют меньшее значение, чем в сновидении. Вторичная переработка занимает в них куда более значительное место, поскольку изначально они предстают в виде связной истории. К тому же можно констатировать, что дневные сновидения часто включаются в ночные. Они даже могут служить сценарием, вокруг которого разворачивается вторичная переработка. Это то, что Фрейд называл «фасадом сновидения».

Фактически для него дневное сновидение не ограничивалось только мечтаниями, более или менее любезными субъекту, поскольку он предполагал, что большое число этих сновидений может оставаться бессознательными. В самом деле эти мечты всегда являются не чем иным, как более или менее проработанным способом, в котором выражается **фантазм**<sup>1</sup>.

Фантазирование есть фундаментальная психическая активность, движущей силой которой является желание или, точнее, желание, не удовлетворенное в реальности. Фрейд связывает его появление в психической жизни с введением принципа реальности. Последний очень быстро устанавливается в области влечений Я: галлюцинаторное удовлетворение пищевого желания скоро разочаровывает. Напротив, сексуальные влечения могут легче избежать этого, определенные модальности мышления используются для их воображаемого удовлетворения: это и есть фантазирование. Интересно отметить, что это открытие коррелирует с открытием Эдипова комплекса. Первая концепция невроза основывалась на реальности травматизации, соблазнении взрослыми. Но это предполагало такую частоту перверсии у последних, что вскоре потребовало другой реальности: реальности инцестуозного желания, Эдипова комплекса и его вытеснения. Ибо на самом деле во фрейдовском предприятии открытие фантазма обнаруживает вместе с желанием и защиту от него. То есть здесь вновь появляется понятие компромиссного образования. Однако это фантазматиче-

<sup>1</sup> В оригинале: *fantasme* (*фр.*) — неологизм, широко используемый в современной французской психоаналитической литературе для обозначения *продукта* фантазирования. Нам представляется удобным сохранить этот термин, поскольку он лишен семантического оттенка нереальности, который присущ более привычному термину *фантазия*, и даст возможность четкого разделения *процесса* и *продукта* фантазирования {прим. пер.}.

ское образование, зачастую слишком отмеченное своим происхождением от влечения, может подвергнуться вытеснению.

Реально основная часть фантазматической продукции бессознательна, по крайней мере в описательном смысле, поскольку топологический статус фантазма, не достигающего сознания, изменчив. Можно говорить о фантазмах, переработанных в Без согласно первичным процессам и никогда не покидавших его, или же о фантазмах, которые имеют доступ к сознанию (или по крайней мере к системе Псз) и которые, будучи вытесненными в Без, могут подвергнуться там новым трансформациям, полностью сохраняя организацию, помеченную вторичными процессами. Наконец, некоторые фантазматические образования, проработанные в Псз, пребывают там, никогда не достигая системы сознания, пока не получают прибавочной загрузки, делающей их опасными для Я и порождающей их вытеснение, перемещение в Без<sup>1</sup>. Для этих фантазмов существенно то, что соответствует сравнению Фрейда, данному им в статье «Бессознательное»: «Их следует сравнивать с людьми со смешанной кровью, которые в основном похожи на белых, но исходная раса которых выдает себя некоторыми поражающими чертами, и которые из-за этого остаются исключенными из общества и не пользуются никакими привилегиями белых». Вытесненные таким образом фантазмы могут тем не менее «выражаться» без того, чтобы достигать сознания: таковы невротические симптомы, художественное творчество, детские игры, исполняющие для фантазма ту же роль, что явленное содержание по отношению к латентным мыслям для сновидения.

Можно заметить по этому поводу, что становление данного фантазма весьма различно в зависимости от структуры субъекта. При так называемой нормальной структуре речь идет о фантазме, проработка которого делает его приемлемым для Сверх-Я и совместимым с реальностью; тогда как при невротической структуре условия, благоприятные для реализации фантазматического желания, рискуют иметь травматичный результат и запустить декомпенсацию, т.е. появление симптомов. Что же касается психотиков, то они галлюцинозно переживают свой фантазм, отрицая его несоответствие реальности.

Мы только что отметили защитную функцию фантазма. Можно полагать, что эта функция не имеет такого значения для приверженцев Кляй-новской школы, поскольку фантазм рассматривается ими, по крайней мере исходно, в качестве простого психического выражения, психического представления инстинкта (но в то же время и в качестве соматического процесса). Следует отметить, что эти примитивные архаические

<sup>1</sup> Размещение понятия фантазмов в рамках первой топика не ставит, разумеется, под сомнение инстанции второй топика.

по

## ТЕОРИЯ

фантазмы соответствуют не идеаторным процессам, а ощущениям, опыту. Таким образом, существует большая близость между галлюцинаторной реализацией желания и этими фантазмами. Однако очевидно, что их проработка очень рано помечается такими архаическими механизмами, как расщепление, интроекция, проекция... Более того, именно в качестве фантазма эти защитные механизмы и обретают свое существование. Проекция, например, основывается на модели оральной инкорпорации. Это значит, что на самом деле фантазм реализуется не только на уровне защитной функции, но и в момент ее проработки (и соответственно проработки первичного объекта). Таким образом, роль фантазма в перспективе кляйновской метапсихологии имеет первостепенное значение. Последний факт в подтверждение этого. Мы уже говорили, что для Фрейда принцип реальности приводит фантазматическую активность к аутоно-мизации по отношению к процессам мышления (логического и рефлексивного); Г. Сигал, напротив, предполагает, что именно фантазм, введенный в тестирование реальности, является фундаментом мышления.

Нам остается сказать несколько слов по поводу особой сущности, которую представляют собой **прирожденные фантазмы**. Речь идет о воображаемых сценариях, характеризующихся крайней частотой встречаемости, квазистереотипным видом и пытающихся разрешить великие тайны, с которыми борется ребенок. В основном они касаются тем «размножения»: сцены коитуса родителей (называемой первичной сценой), соблазнения ребенка взрослым и, наконец, кастрации. Лапланш и Пон-талис обращают внимание на то, что эти три темы стараются найти ответ на проблемы происхождения: происхождения индивида, происхождения (проявления) сексуальности, происхождения половых различий. Универсальность этих фантазмов может быть сопоставлена с универсальностью символов; в отношении же последних Фрейд предполагал филогенетическое происхождение.

Завершая, мы бы хотели подчеркнуть, что понятие фантазма не является спекуляцией, оно представляет собой континуум явлений, пронизывающих всю психопатологию. В одном из примечаний к *«Трем очеркам по теории сексуальности»* Фрейд утверждает: «Отчетливо осознаваемые фантазмы первертных лиц, которые при благоприятных обстоятельствах могут трансформироваться в устойчивое поведение; бредовые страхи параноиков, которые проецируют на других враждебные чувства; бессознательные фантазмы истериков, открываемые психоанализом за их симптомами — все эти образования совпадают в своем содержании вплоть до деталей». Если еще шире, то не вся ли психическая жизнь появляется как нечто, вытканное по основе фантазматического?

## ПО ТУ СТОРОНУ ФРЕЙДА: ДРУГИЕ КОНЦЕПТУАЛИЗАЦИИ

В начале этой главы мы уже говорили, что Фрейд давно хотел подкрепить свой психоаналитический проект как в плане лечения, так и в плане исследования метапсихологической конструкцией. Следует отметить, что с самого начала он указывал, что «нет никакого риска... в том, что мы можем дать свободно развиваться нашим гипотезам, если будем сохранять критичность и не будем принимать строительные леса за само здание». После глубокой переработки, которая внесла вторую топику и понятие влечения к смерти, он, напомним об этом, уточнял: «Подобные представления относятся к спекулятивным сверхструктурам психоанализа, и каждым из элементов можно без сожаления или угрызения совести пожертвовать или заменить его на другое, коль скоро его несостоятельность будет доказана».

Поэтому нет ничего удивительного в том, что большое количество изменений и переделок было внесено многочисленными авторами в эти «строительные леса» единого направления фрейдовской идеи. Очевидно, что здесь мы не можем дать обзор столь сложной и обширной области. Зато нам кажется весьма интересным отметить наиболее значимые и плодотворные подходы. Этот выбор заставляет нас пройти мимо работ, без сомнения, столь же важных, как те, к которым мы обратимся; мы неизбежно вынуждены взять на себя ответственную роль судьи.

Область метапсихологии может пониматься как в расширительном, так и узком смысле. Обычно в нее включаются все концептуальные, спекулятивные сверхструктуры, представляющие эвристический интерес. По поводу теории страха или фантазма мы отмечали, что обычно можно обнаружить их связь с «треножником» (три точки зрения: топическая, экономическая и динамическая), который Фрейд поместил в основание метапсихологии.

Часто споры велись вокруг разделения «описательной» и «объяснительной» теоретизации — принципиальной дискуссии по поводу принадлежности психоанализа к естественным или гуманитарным наукам. Подобного же рода тревоги, беспокойство по поводу «биологизации» психоанализа занимали психологически ориентированных авторов, тогда как другие, озабоченные сохранением его сциентистского характера, скорее смещали его к биологии. Концепция желания, например, может быть равным образом выведена как из одного, так и из другого направления.

О чем бы не были эти споры, столь же содержательные, сколь и изощренные, психоанализ, с самого начала подвергавшийся атакам многочисленных хулителей, старался подтвердить свою научность и в любом случае строгость своего подхода. Возможно, в связи с культурной спецификой эта озабоченность особенно актуальна в США. Так, Г. Хартман,

представитель ортодоксального фрейдизма, долгое время бывший президентом Международной психоаналитической ассоциации, парадоксальным образом был приведен своим идеалом научности, своим желанием систематизации (и приемлемости для американского общества) к позиции, весьма отличной от позиции Фрейда. По его мнению, Я стремится укрепиться в течение своего развития, используя свое положение между Оно и внешним миром, играя в каком-то смысле одним против другого и наоборот, чтобы достичь автономии и все большего могущества. Тогда как для Фрейда Я само по себе в значительной части бессознательно, Хартман приписывает первостепенную роль *автономному акон-фликтному ядру Я*, которое оказывается усиленным десексуализирован-ной энергией, ставшей свободной благодаря обращению либидо на Я, механизму, в равной степени связанному с процессом сублимации. Эта позиция или этот акцент, сделанный на адаптивной функции, вызывает (возможно, небезосновательно) упреки в морализаторстве, благоприятствовании адаптации личности к социальной группе и ее ценностям. Совершенно верно, что вес бессознательного, область неконтролируемого здесь оказывается очень редуцированной, так же как влечение к смерти и общая деструктивность здесь более не проявляются. Это доминирование, приписываемое роли Я, выражается в названии *«Эгопсихология»*, данном этому направлению. Оно заставляет опасаться окостенения, утраты психоанализом жизнеспособности, тем более что на уровне техники лечения проявляется сходное стремление к морализаторству. Отвергая механистический дух Хартмана («машинное сознание»), как и антропоморфизм, приписываемый инстанциям (Оно с его «требованиями», Сверх-Я с его строгостью, даже с его «жестокостью»), другие, тоже американские, авторы стремятся вновь центрировать психоанализ на человеке, на субъекте, в особенности на субъекте, проявляющемся в его действиях. Пример подобного подхода дает Р. Шафер, развивающий осмысление разрядки влечения, действия и «психической деятельности», рассматривающий психоанализ как «герменевтическую дисциплину, объектом которой является деятельность». На такой основе концептуализация Шафера совершенно не нуждается в метапсихологии, он практически отвергает топикку, экономику и динамику. Сама практика основывается на эффективности *«языка деятельности»*. «Любая значащая, интенциональная, направленная на цель и обладающая смыслом человеческая активность» есть деятельность. Вследствие чего Шафер формулирует серию принципов лечения, требующих, чтобы интерпретации, психические процессы всегда выражались глаголами в активном залоге с пациентом в качестве субъекта. Мы не можем входить в детали этого весьма принудительного подхода, удача которого остается ограниченной, но, как и подход Хартмана, он имеет демонстративный характер.

Живущий постоянно в США Г. Кохут (эмигрировавший, как Хартман и некоторые другие, из Европы) создал подход, резонанс которого в психоаналитическом мире был наиболее значительным и длительным. В перспективе, уже намеченной Хартманом, он вводит психическую сущность, более широкую, чем инстанция Я, и названную *Self* (иногда переводимую как «Самость», «Я-сам», иногда оставляемую в оригинале). Этот термин, содержание которого не так просто строго определить, использовался многими англоязычными авторами не всегда в одинаковом значении. Он описывает нечто вроде чувства, которое испытывает субъект по поводу себя самого как физического лица, так и психического существа, способного, таким образом, понять совокупность своих внутренних объектов. Самость в высокой степени либидинозно загружена, и у Кохута понятия Самости и нарциссизма неразделимы. Этот нарциссизм ни в коей мере не соперничает с объектной загрузкой; эти два способа загрузки, напротив, взаимодополнительны и исходно формируют единую сущность; разделившись, они продолжают взаимодействовать. Они соответственно приходят к формированию «*грандиозного Я-сам*» (или «нарциссического *Self*») и *идеализированного родительского Имаго*. Их взаимодействие может быть представлено как обмен взглядами между матерью и ее ребенком. Подчеркнем, что для Кохута объект исходно составляет часть психики ребенка. Ребенок его порождает: это функция *self* объекта (или самообъекта), которая впоследствии сохраняется.

Дисфункции на ранней фазе развития приводят к грубой дефицитарности на уровне Самости. Происходя в момент, когда психика не структурирована, они вызывают отщепление поврежденной части Самости, являющейся некоторым эквивалентом нарциссизма, т.е. вытесняют объектные загрузки. Кохут называет этот механизм «горизонтальным расщеплением». К Самости равно применяется и расщепление внутри Я, описанное Фрейдом: «вертикальное расщепление». Речь идет о двух регистрах деятельности Самости, сознательных как один, так и другой, но рассогласованных и приводящих к устойчивому сосуществованию чувства инфантильной мегаломании с нарциссической хрупкостью, низкой самооценкой. Самость в течение всего существования нуждается в самообъектных отношениях, являющихся для нарциссизма в некоторой степени тем, чем объектные отношения для либидо. Важно знать, что этот самообъектный вклад может происходить от конкретных лиц, а также от всего окружения, природного, социального, культурного. Именно умеренная и развивающаяся недостаточность самообъектов приводит к прочной интеграции, «интернализации» функций, которые их заменяют, и автономизации субъекта. В этом заключается польза оптимума мотивации, при отсутствии которого способности к адаптации развиваются плохо и организующие образования Самости («грандиозное Я-сам и

«идеализированное родительское имаго») сохраняют свой архаический характер, противодействующий удовлетворительному приспособлению к реальности.

Это краткое изложение позволяет тем не менее заметить две поражающие черты работы Кохута: разработку одновременно новаторской и блестяще реорганизованной концептуализации и то значительное место, которое занимает в ней нарциссизм. Конечно, в это же время Гринберг, например, уже рассматривал нарциссизм не как более или менее лабильное или преходящее перевоплощение либидо, а как постоянную сущность, добавляющуюся к инстанциям второй топики. Но Кохут, связывая его с существованием и жизнью Самости, конституировал его как фундаментальный элемент психической личности.

Фрейдовская метапсихология является надлежащей точкой отсчета для понимания невротических феноменов и структур, другие же концепции (мы их сейчас рассмотрим) являются таковыми для психотических структур, но можно сказать, что теоретический аппарат, завещанный Ко-хутом, особенно хорошо приспособлен для понимания нарциссических организаций, которые представляют собой пограничные состояния в своих различных проявлениях. Это представляется особенно очевидным, когда изучаются клиническая и терапевтическая части его творчества. В них равно обнаруживаются возможности для наилучшего понимания актуальных вопросов идентификационной несостоятельности или хрупкости, но эта тема выходит за рамки нашего обзора.

Осветить психотическую вселенную светом психоаналитической концепции было давним желанием Фрейда, и его теоретические разработки, в частности по паранойе, несут фундаментальный характер. Но весьма велик вклад в эту область и Мелани Кляйн. Долгое время занимаясь с детьми, и в особенности с психотическими детьми, она не пришла к фундаментальному сомнению относительно концепций, предложенных Фрейдом, но внесла новое понимание психического развития, потребовавшее совершенно оригинальных концепций психического функционирования. То, что, возможно, больше всего поражает в предлагаемом ею представлении о психике младенца,— это напряженность, жестокость его фантазматической жизни. Мы уже отмечали это выше (*Сновидения, грезы и фантазмы*), и мы добавим лишь несколько слов, чтобы подчеркнуть богатство этих фантазмов.

Каждое импульсивное возбуждение оказывается выраженным в отчетливо специфическом фантазме, и к тому же за пределами своего распространения на внутренний мир ребенка оно равным образом проявляется в его отношении к внешнему миру. Так, даже будучи очень голодным, младенец может отказаться от «плохой» груди, вовлеченной в пер-секунторный фантазм. Подобным же образом интрапсихический кон-



фликт может выражаться в фантастическом дуализме, проявляющемся благодаря расщеплению на поведенческом уровне.

Другой отличительной чертой кляйновской концепции мира ребенка является скорость, с какой устанавливается достаточно сложный способ функционирования, что происходит, например, с устойчиво доминирующей позицией персонажа матери: отец вначале появляется лишь в качестве атрибута последней (фантазм «сочлененных родителей»).

Подчеркнем также значительный вес агрессивности и ненависти. Для Фрейда введение влечения к смерти, как мы отмечали выше, мало изменило его понимание либидинального развития; в кляйновской же конструкции оно занимает непосредственное и естественное место. Так, понятие зависти, очень рано введенное М. Кляйн, отличается от понятия жадности своей деструктивной тенденцией: при невозможности достичь удовлетворения она становится смертоносной. В ней можно видеть самую древнюю экстериоризацию влечения к смерти, поскольку она относится к самым первым проявлениям психической жизни. Следует также добавить, что в трагической вселенной ребенка эта деструкция матери вызывает чувство абсолютной безнадежности, перед лицом которой единственно возможной реакцией являются психотические защиты. Что и приводит к параноидно-шизоидной позиции<sup>1</sup>.

В своем подходе М. Кляйн вначале выделяла первую персекуторную фазу, совпадающую с первой садистическо-анальной стадией К. Абрахама (уже описавшего деструктивные фантазмы). Позднее она рассматривает ее как первую форму объектного отношения и говорит о *параноидно-шизоидной позиции* (или «шизопараноидной»), конфигурации, которая может быть активной уже после первых месяцев жизни и надолго сохраняться в психотических структурах. Слово «позиция» освобождает это образование от любых связей с какими-либо этапами, которые у Фрейда коррелировали бы с анатомо-физиологическими размерностями. Мир младенца оживлен столкновением влечений к жизни и к смерти. Первичным объектом (парциальным объектом) является грудь, и параллельно дуализму влечений она расщеплена. «Плохой груди» предназначается вся агрессивность, которую ребенок проецирует на нее, и она представляет ужасающую угрозу. Таким же образом проекции либидинальных влечений на «хорошую грудь» превращают ее в идеализированный объект, источник всякого удовлетворения. Ее интроекция обеспечивает младенцу бесконечно утешающий внутренний объект. Проекция влечения разворачивается одновременно с расщеплением Я, которое не может обеспечить своей собственной когерентности. Интенсивность фе-

<sup>1</sup> В оригинале: *«position»* (фр.) — позиция, положение, точка зрения, отношение, установка (*прим. пер.*).

номенов расщепления и страх расчленения определяют шизоидное пространство. Угроза преследования, главенствующая роль проекции и чувство всемогущества есть качественные характеристики параноида. М. Кляйн описала механизм, характерный для этой позиции: проективная идентификация («Проблемы защиты», гл. 4).

В рамках благоприятного развития младенца, при «достаточно хорошей матери», изменения динамики влечения приводят к новому состоянию — «*депрессивной позиции*». Я укрепляется благодаря идентификации с идеализированным объектом и в меньшей степени нуждается в проецировании «плохих» частей себя самого. Я обретает большую когерентность одновременно с принятием целостного объекта. Это приводит его к интеграции своей амбивалентности. С этого момента доминирующим страхом становится не расчленение себя самого, а страх разрушения материнского объекта, всегда находящегося под угрозой его зависти, ненасытности. Это то, что запускает для него угрозу утраты, виновности, безнадежности.

Сопряженный с ненавистью, порожденной образом «сочлененных родителей», этот опыт прежде всего мобилизует «психотические защиты», заставляя включаться отказ как от любой зависимости, так и от физической реальности. Вне острых фаз конфликта, когда реальность, получаемое подкрепление его несколько успокаивают, включаются фантазмы восстановления. Амбивалентность достаточно смягчена, чтобы ребенок мог, проецируя свою любовь на мать, восстановить и укрепить успокаивающее, доброжелательное имаго. Ненависть, вызываемая фантазмом сочлененных родителей, также смягчается; родительское имаго укрепляется, и могут устанавливаться эдиповские отношения. С этого момента адаптивные механизмы приближаются к невротическому, «нормальному» регистру.

Мы не имеем здесь возможности углубляться в теоретическую и клиническую область, исследованную М. Кляйн. Но с дистанции времени можно констатировать, что она основала в рамках фрейдистского направления исключительно жизнеспособную школу и что ее влияние особенно заметно на аналитиках, работающих в области детского психоанализа, но не принадлежащих к ее школе.

Новое прочтение Фрейда, предложенное Ж. Лаканом, не только дает большое количество новых концепций, но и заражает тех, кто его предпринимает, глубоким пристрастием к пересмотру. Более того, смещения и сложность связей, которые лаканизм содержит, превращают его во впечатляющее интеллектуальное сооружение, к которому затруднительно подступить. Это, по сути дела, интеллектуальная конструкция, в которой внешний аффект и формализация тяготеют к слиянию с логикой, с математическими абстракциями (графы, матемы, борромеевский узел). Если творение Фрейда разворачивалось на основе научного и философ-

ского знания его эпохи (от Дарвина до Шопенгауэра), то для Лакана такой основой был вклад структурализма и сосюрсовской лингвистики. Уже для Соссюра *означающее* зависит от его места в совокупности означающих, а К. Леви-Стросс выдвинул положение, что означающее главенствует над означаемым. Эта концепция означаемого является боковой ветвью концепции *символического порядка*, одного из трех, наряду с воображаемым и реальным, регистров психической структуры. Любой субъект вписан в совокупность символических систем, первостепенной из которых является язык (наряду с искусством, религией, брачными правилами...). С самого начала маленькое человеческое существо включается в языковую вселенную, через которую оно устанавливается в качестве субъекта. Концепция субъекта не составляла предмета специальной проработки у Фрейда: он понимал его как индивидуальное существо, осознающее себя самого. У Лакана субъект — это «Я»<sup>1</sup> дискурса, субъект бессознательного, происходящий из предсуществующей ему совокупности означающих.

Так, что весьма показательно, Лакан считает, что Эдипова фаза, которая находится на втором плане по отношению к запрету инцеста, выходит на первый по отношению к субъекту. Заметим, что для Фрейда («*Тотем и табу*») миф об отце первобытной орды представляет запрет инцеста в качестве филогенетической «формы», воспроизводящейся в индивидуальном развитии. Лакан же полностью отделяет этот организующий фактор от либидинального развития. Запрет инцеста есть важнейшее означающее символического порядка, рассматриваемое (вместе с Леви-Строссом) как свидетельство перехода от природы к культуре. В глобальном смысле отцовская функция имеет значительный символический вес, нагруженный на означающее Имени-отца, теоретическое представление о котором совпадает с концептуализацией психоза (паранойи) и форклюзии. Кастрация, угроза, касающаяся не пениса, а «воображаемого фаллоса», вписывается именно в этот порядок символического.

Второй регистр лакановской «топики» — *воображаемое* — сопряжен с основополагающим этаном онтогенеза, называемым «стадией зеркала». Этот опыт зеркального отражения носит созидательный характер по отношению к целостному образу «Я» в противоположность расчлененному переживанию кенестетического и моторного опыта. Разрабатывая эту модель, Лакан дополняет его Я-Идеалом — образом, скрывающимся за образом ребенка, т.е. идеальных требований, привносимых матерью, — и Идеалом Я, который ребенок открывает по ту сторону взгляда матери как атрибут архаического образа отца. Этот регистр загрузки

<sup>1</sup> В оригинале: «*Уе*» (*фр.*) — безударное личное местоимение первого лица, употребляющееся только с глаголом.

образа себя имеет значение и потому, что он включает в себя лаканов-скую концепцию нарциссизма; нарциссическое измерение иллюстрируется чувством ликования, сопровождающим овладение ребенком своим образом в зеркале. Но удовлетворение, приносимое образом полноты, иллюзорно и заставляет ретроспективно проявиться агрессивность, порожденную образом расчленения. Эта агрессивность равным образом является выражением влечения к смерти, присутствие которого у Лакана более выражено, чем либидо, поскольку желание доминировать и нарциссическое желание быть признанным, проявляющиеся в запросе, порождены Другим. В той мере, в какой оно становится скрытым, объект желания проявляется в виде объекта «а» (маленького).

Категорию *реального*, третий элемент трилогии, не так просто очертить. Его можно понимать как феноменологическую размерность, привязанную к любой репрезентации. Именно здесь размещается психическая реальность, в особенности реальность желания и бессознательных фантазм-ов, которые связаны с ней, будучи уже структурированы языком. После введения понятия «форклюзии» Лакан объявляет, что форклюзированные означающие символического вновь появляются в реальности. Вспомним, что для Фрейда «то, что уничтожено внутри, возвращается извне».

Эта скорость вызывания воображаемого и реального из символического дает, несмотря на редукционные упрощения, представление об оригинальности творчества Лакана. Многие другие аспекты заслуживают того, чтобы на них остановиться, но требуют изложения, выходящего за рамки нашего обзора.

Среди тех концептуальных разработок, которые мы рассмотрели, есть такие, эвристическая ценность которых признается независимо от принадлежности к любой школе. Так, например, понятие Самости (или *Self*) нашло очень широкое применение.

Некоторые фрейдовские концепции представляли и продолжают представлять собой предмет живой дискуссии. Так, универсальный и фундаментальный характер Эдипова комплекса обсуждался в свете современной антропологии и этологии человека. Но прежде всего такой областью является динамическая точка зрения, влечение, ставшее объектом новых подходов. Вторая теория влечений — концепция агрессивности — не вызывает единодушной оценки. Среди наиболее интересных работ на эту тему можно назвать работы Ж. Бержере (которые будут изложены далее), дающие убедительный и все более признаваемый в качестве такового ответ.

После Фрейда авторы в большей степени занимались объектным отношением, в особенности отношением к матери. Более интересно новое обращение к влечению, концепции на границе «биологии и психологии». Так, Вильдлешер возвращается к понятию интенциональности, восходя-

тему к Брентано (у которого учился Фрейд). По Брентано, «мы можем определить психические феномены как интенциональное [в интенции] содержание в них объекта». «Сказать о любом акте, что он интенционален, значит признать, что он несет в себе свой смысл и свою власть, а не то, что он соответствует воле агента или власти внешней по отношению к нему силы». Отвлекаясь от ссылок на биологию, интенциональность психического феномена можно заменить на влечение.

Психоаналитическая теоретизация все еще вызывает спекуляции. Впрочем, не существует ли столько же концептуальных вариаций, сколько аналитиков, поскольку «каждый из нас находится под воздействием глубоко укорененных предпочтений», как полагал Фрейд, когда он представлял влечение к смерти.

## БИБЛИОГРАФИЯ

Arnoux (D.J.). — Melanie Klein. Paris: P.U.R., 1997.

Diatkine (G.). — Jacques Lacan. Paris: P.U.R., 1997.

Freud (S.). — *Esquisse d'une psychologie scientifique* (1895) // *La naissance de la psychanalyse*. Paris: P.U.R., 1956.

Freud (S.). — *La science des rêves* (1900). Paris: P.U.R., 1950.

Freud (S.). — *Trois essais sur la théorie de la sexualité* (1905). Paris: Gallimard, 1962.

Freud (S.). — *Cinq psychanalyses* (1905-1918). Paris: P.U.R., 1954.

Freud (S.). — *Metapsychologie* (1915). Paris: Gallimard, 1968.

Freud (S.). — *Introduction à la psychanalyse* (1916-1917). Paris: Payot, 1951.

Freud (S.). — *Au-delà du principe de plaisir* (1920) // *Essais de psychanalyse*. Paris: Payot, 1951.

Freud (S.). — *Le Moi et le ça* (1923) // *Essais de psychanalyse*. Paris: Payot, 1951.

Freud (S.). — *Ma vie et la psychanalyse* (1925). Paris: Gallimard, 1968.

Freud (S.). — *Inhibition, symptôme et angoisse* (1926). Paris: P.U.F., 1965.

Freud (S.). — *Nouvelles conférences sur la psychanalyse* (1932). Paris: Gallimard, 1936.

Freud (S.). — *Kbreges de psychanalyse* (1938). Paris: P.U.R., 1950.

Jones (E.). — *La vie et l'œuvre de Sigmund Freud* (1953-1957). Paris: P.U.R., 1959-1968.

Laplanche (J.), Pontalis (J.B.). — *Vocabulaire de la psychanalyse*. Paris: P.U.R., 1967.

Laplanche (J.). — *Nouveaux fondements pour la psychanalyse*. Paris: P.U.R., 1990.

Nacht (S.) (sous la direction de). — *La théorie psychanalytique*. Paris: P.U.R., 1969.

Oppenheimer (A.). — Heinz Kohut. Paris: P.U.R., 1998: *Revue Française de Psychanalyse*. 1985, XUX, n°5 et 6.

Sandier (J.), Nagera (H.). — Aspects de la metapsychologie du fantasme // *Rev. franc. psychanal.* 1964. 28, n° 4, p. 473-506.

Seoal (H.). — *Introduction à l'œuvre de Melanie Klein* (1964). Paris: P.U.R., 1969.

Widlocher (D.). — *Les nouvelles cartes de la psychanalyse*. Paris: Odile Jacob, 1996.

# НАСИЛИЕ И АФФЕКТИВНОЕ РАЗВИТИЕ ЧЕЛОВЕКА

Ж. БЕРЖЕРЕ

В наше время нарастает беспокойство по поводу различных проявлений насилия в обществе. Подобное отношение не ново, и во все исторические эпохи и во всех странах оно использовалось для обличения насильственных преступлений. Жестокость универсальна, поскольку она свойственна каждому индивиду; речь идет об инстинктивной врожденной составляющей, предназначенной для прогрессирующей интеграции в детстве и отрочестве в другие человеческие цели, чтобы взрослый мог свободно и эффективно реализовать свои способности к творчеству и любви. Но очевидно, что не все субъекты достигают одинакового уровня интеграции их естественной первобытной жестокости.

Этимологически термин насилия не имеет никакого агрессивного оттенка. Речь идет о греческом и латинском корне, означающем лишь желание жизни (*Bia-Via-Vita*)<sup>1</sup>. Жестокость не включает в себя никакого желания вредить; не следует смешивать естественную и универсальную жестокость, даже необходимую для выживания индивида (и существующую с рождения), с ненавистью или агрессивностью, появляющейся у

<sup>1</sup> *Violence* — насилие, неистовая сила, ярость, буйство, свирепость, жестокость, необузданность, горячность, вспыльчивость (*фр.*). Из русских эквивалентов этимологически наиболее близки свирепость (вепрь, зверь), ярость (ярый, Ярило, яровой, яркий, весенний). В русском языке отсутствует полный аналог слова *violence*, одновременно имеющий оттенок оценки и активности, поэтому мы будем его переводить в зависимости от контекста как насилие или жестокость (*прим. пер.*).

человеческого существа позднее и в соответствии с более сложным статусом, приводящим через разнообразные этапы к формированию специфической личности.

Прежде всего следует обратить внимание на применение слова «ненависть». На самом деле этот термин, широко используемый в литературе для описания тех или иных персонажей, не совпадает с понятием, используемым психоаналитиком. Так же как, например, понятия гордости, изысканности, чревоугодия. Эти термины могут иметь нравственное, а не истинно научное значение, поскольку их собственное содержание не представлено в достаточно точной и специфической форме. Ненависть может в той же степени относиться к естественной и защитной жестокости (страх незнакомцев, описанный Р. Шпицем), как и к настоящему удовольствию нападения на реальных или воображаемых соперников. Мы будем избегать термина «ненависть», используя понятия «насилие» и «агрессивность». Отметим, что их следует разделять с большой тщательностью.

Агрессивность, как и любовное отношение, всегда касается определенного объекта, которому приписываются, с большей или меньшей адекватностью, свойства, оправдывающие аффективные реакции субъекта. Жестокость, напротив, является реакцией значительно более элементарной и грубой: собственные свойства объекта здесь не столь важны; речь идет о том, что субъект чувствует угрозу со стороны более или менее определенного внешнего объекта, и угрозу на самом деле существенную, а в экстремальных случаях — даже витальную. Имеет значение только непосредственная и глобальная потребность субъекта. Тип объекта, подвергнутого насилию, не представляет особого интереса. У субъекта нет никакого определенного желания разрушить объект. Даже если защитные реакции субъекта приводят, прямо или косвенно, к разрушению, это несколько не занимает субъекта, озабоченного только личной защитой. Субъект всегда извлекает некоторое удовлетворение, более или менее эротизированное, из своего агрессивного поведения, направленного на объект. Естественная жестокость, напротив, не приносит субъекту никакого прибавка подобного рода, поскольку для него речь идет лишь о реакции защиты, проявляющейся без удовольствия, как и без чувства вины.

Это различие между агрессивностью и жестокостью наблюдается и в индивидуальных отношениях, и в коллективных. Примеры тому обнаруживаются во всех сферах человеческих отношений, в индивидуальной в той же мере, что и в семейной или социальной; таковы же они в истории народов или в конфликтах. Агрессивность приносит субъекту удовлетворение эротического характера, особенно наблюдение за страданиями (садизм) объекта, с которым поддерживаются крайне амбивалентные связи, т.е. получение удовольствия от нападения на объект, с которым субъект связан эротическими узами,

со всеми вытесненными латентными идентификационными следами. Агрессивность можно рассматривать как достаточно проработанную, обладающую признаками вторичных процессов психическую активность, тогда как природная жестокость остается простой автоматической реакцией первичного типа, предназначенной уменьшить страх деструкции «другим» и не приносящей субъекту никакого удовлетворения либидинальной природы. Агрессивность нуждается, по крайней мере, в относительном уровне интеграции сексуальной динамики и приобщения к аффективной амбивалентности, тогда как жестокость не заходит столь далеко и остается фиксированной на преамбивалентных позициях, характеризующих или характеризовавших начальные моменты аффективной жизни ребенка.

Агрессивность уже включает, хотя бы частично, классическую три-ангулярную «эдиповскую» проблематику, и любовное «влечение», таким образом, принимает относительно проработанное направление, тогда как первичная, природная жестокость принадлежит к ряду элементарных «инстинктов», существующих уже у животных и очень хорошо описанных этнологами вслед за работами Лоренца и Тинбергена. Жестокость входит, таким образом, в группу очень примитивных инстинктов «жизни» или инстинктов «самосохранения» и нисколько не соответствует какому-то ни было «влечению к смерти», каким его описывал, впрочем довольно противоречиво, Фрейд: то дискриптивно (феномен повторения: *Zwang*, говорит Фрейд, а не *Trieb*), то экономически (отсутствие связи или разрыва), то философски (понятие «нирваны»).

С другой стороны, не стоит никогда забывать, что классическая психоаналитическая точка зрения вплоть до последнего времени оставалась центрированной на модели психической деятельности, соответствующей невротической структуре<sup>1</sup>, т.е. триангулярной, генитальной и эди-повской: в этом случае речь идет о том, чтобы рассматривать ребенка как жертву сексуального влечения со стороны родителя противоположного пола и агрессивности, достаточно, впрочем, сложной, по отношению к родителю того же пола с чувством вины и угрозой наказания (кастрации), которые эти реакции предполагают.

Подобных теоретических положений придерживаются не только сами психоаналитики, но и большинство современных психологов. Невозможно оспаривать обоснованность их позиции, когда речь идет о личности, структурированной, по крайней мере в основном, в соответствии с невротической моделью. Но недопустимо считать, что речь может идти о способе аффективного функционирования, общего, изначального и неизменного для всех человеческих существ. И все это начиная с первых моментов аффективной жизни ребенка. Не представляется возможным распространить на См. следующие главы.



все встречающиеся в клинике ситуации модель безусловно точную, но ограниченную способом фантазматической деятельности, совершенно особую, полностью эффективно проявляющуюся и организующую личностную целостность лишь в аутентичных невротических ситуациях, в структурном смысле этого термина. Не представляется также возможным считать, что воображаемая эдиповская модель действует в наиболее ранних отношениях, существующих между ребенком и его окружением. Как это показал сам Фрейд, проблематика эдиповского воображаемого не может активно проявиться, не опираясь на проблематику самосохранения, что предполагает ее историческую и фундаментальную вторичность. Таким образом, модель эдиповского треугольника не образует ни альфы любого психогенеза, ни омеги, достигаемой лишь одной частью структурных моделей, встречающихся в клинике. Если воображаемый эдиповский сценарий в потенциальном латентном состоянии представлен в генетическом коде (биологическом и психическом), которым обязательно располагает любой новорожденный, то треугольная эдиповская модель может потенциализировать этот сценарий и придать ему доминирование над ансамблем личностной организации только лишь в структурах, сформированных по невротической модели. В других возможных структурах (организациях «пограничного» типа или разнообразных психотических организациях) личность формируется вокруг базового нарциссизма, следуя более или менее дефицитарной или перверсивной модели. Это, естественно, не значит, что в этих ситуациях нельзя встретить небольшие сосуществующие, операционально изолированные эдиповские ядра, но они не имеют структурной эффективности для целого. Способ функционирования нарциссического воображаемого вносит, по крайней мере частичную, фиксацию базового насилия, так же как и отношенческую установку, регулирующую преимущественно интересами «Себя». Другой остается прежде всего «не-Я-Сам», от которого можно ожидать всего: лучшего — пассивно (аналитическая зависимость) или же худшего (покушения на нарциссизм субъекта, приводящего к превентивному защитному насилию). Работы современных этологов сделали очевидным существование «интерактивного эпигенеза», сразу же включающегося в отношения между новорожденным и его окружением. Активация моделей, представленных в инициальном воображаемом сценарии новорожденного, разворачивается лишь во взаимодействии двух присутствующих полюсов и, конечно, в зависимости от специфических качеств и эффективности в виде доступности противоположного полюса. Первоначально это исходит из себя, через интеракции нарциссического регистра, с достаточным сенсомоторным возбуждением, с сохранением внешнего противовозбуждения, так необходимого перед выходом внутреннего пробуждения эротизации ребенка.

На моделях жестокого взаимодействия, прогрессивно интегрируемых и организуемых в отношениях с окружением для установления первичной идентичности (нарциссической), постепенно артикулируются истинно триангулярные, генитальные и эдиповские модели, приводящие к вторичной идентичности (сексуальной), позволяющей запустить аутентичное объектное отношение. То есть отношение с объектом, являющимся самим по себе другим субъектом, принимаемым в качестве имеющего отличную природу, равный статус и дополняющие функции. Тогда как в нарциссическое отношение включаются, даже в случаях наилучшего развития, лишь ближние (идеализированные в категориях добра и зла), с которыми прежде всего поддерживаются отношения силы между теми, кто полагается «большим», и теми, кто полагается «маленьким».

В случае же неудовлетворительного развития интерактивного эпигенеза модели инициального, нарциссического и жестокого функционирования оказываются недостаточно хорошо интегрированными внутри эдиповского развития, вследствие чего могут появляться некоторые аффективные расстройства. За рамками расстройств, внутренне присущих эдиповскому функционированию (тех, что образуют невротические заболевания в собственном смысле слова), можно выделить две большие категории расстройств личностной организации и их патологических следствий.

Прежде всего мы видим нечто вроде бесконечного и безуспешного балансирования между экономией нарциссизма и жестокости, генитальной и объектной экономией. Это часто порождает реакции или даже патологию депрессивного типа, со всей маскировкой и всеми производными, к которым способен этот род более или менее ранних нарциссических нарушений. Но еще более серьезное нарушение можно обнаружить в части эдиповских элементов (оставшихся до этого изолированными и разрозненными), восстановленных и извращенных к выгоде инициальной проблематикой жестокости. Это может породить на фрагментарном уровне агрессивность, садизм и мазохизм, а на более целостно организованном — структурирование психотической модели в ее различных, отчетливых или более тонких, формах. Это же случай большей части перверсий, для выделения которых в специальную структурную категорию нет никакого — ни теоретического, ни клинического — основания.

Внимательное чтение основных версий мифов об Эдипе, и в особенности драмы Софокла, делает очевидным, что базовая жестокость формируется первичным бессознательным, являющимся для нас общим во всех основных конфликтах, существующих между родителями и детьми. Это ясно показывает читателям эпизод на Кифероне и недвусмысленно выражает стих 1176 *Эдипа-царя*. Жестокое соперничество между поколениями является общей исходной драмой всего человечества: первый общий фантазм связан с каждым рождением, оно рискует не получить

своего места под солнцем как для родителей, так и для ребенка. Фантазм детоубийства естествен для всех матерей, так же как и для всех отцов (даже если он прочно вытеснен), до того момента, когда он включается в ядро воображаемого эдиповского взаимодействия, которое должно интегрировать его, не уничтожая, но придавая ему другое, триангулярное, эротизированное направление. В том же порядке прогрессирования фантазм уничтожения родителей представлен у всех детей мира в качестве врожденного, не имеющего пока никакого сексуального значения, что никоим образом не отменяет сосуществующей потребности в родительской защите.

Базовая жестокость подчиняется закону «все или ничего» или скорее «я сам или ничто» по аналогии с базовым принципом компьютера «ноль или единица». А ведь компьютер не обременен чувством.

Естественно, что трудно обнаружить базовую жестокость в чистом состоянии у взрослого человека, но многие ситуации свидетельствуют о возвращении вытесненной жестокости. Это случаи, называемые (напрасно) «послеродовыми психозами», ситуации, в которых роженица боится своих смертоубийственных мыслей по отношению к собственному ребенку; это случаи трудных родов: кого следует спасти (т.е. кого следует убить) — мать или ребенка? Жертвоприношение, потребованное Богом от Авраама, или христианское жертвоприношение сына Божьего, необходимое для материального или духовного спасения человечества, указывает на те же символические корни. Шумные уверения в «непротивлении» свидетельствуют порой о компенсаторной противозагрузке перед проявлением жестокого фантазма. Традиционный социокультурный статус женщины включает в себя такую же реакцию отрицания; желать ее сведения до состояния только «хорошей» матери или же «хорошей» супруги — значит тем самым запрещать ей выход к целой части естественного воображаемого, которое исходно не было ни столь монолитным, ни столь бесцветным.

Не следует смешивать жестокие репрессии, относящиеся к вторичным (и эротизированным) проявлениям и занимающие сегодня столько места в современном дискурсе, с базовой жестокостью, принадлежащей к ряду первичного и фантазматического. Однако между этими двумя уровнями существует достаточно тесная связь: насилие проявляется в результате того, что естественная жестокость не находит средств интегрироваться внутри аффективной проблематики, ментализирующейся более зрелым и более либидинальным образом, разрешаясь в рациональную креативность.

Взрослые в наше время слишком часто терпят неудачу в роли индуктора плодотворных замыслов, способных мотивировать эволюцию аффективное<sup>TM</sup>, включающей естественную и врожденную жестокость,

пользу креативной и плодотворной либидинальной динамики как для личностной организации юного существа, так и его незаурядности. Жестокость остается по меньшей мере флоттирующей, несвязанной, депрессирующей, порождающей общеизвестную и малопонятную мрачность подростков и юношей. Хуже того, жестокость тяготеет к самоорганизации, беря на себя часть либидо (в данном случае нарциссического), доставляя ему хотя бы минимальное удовольствие: нападение на другого или же иногда удовольствие от разрушения всего того, что представляет собой мир взрослых.

Таким образом можно понять целую часть расстройств, которые во все времена могут встречаться в умах или на улицах.

Можно также принять, что простое подавление жестокости (в особенности чувства ярости, естественным образом существующего у каждого человека) не может стать позитивной профилактикой проявлений насилия.

Инстинктивная жестокость не есть «плохая» составляющая личности. Совсем напротив, важно лишь каким образом каждый может ее использовать. Речь идет о том, чтобы понять, нуждается субъект в помощи окружения в его усилиях и желании использовать естественную жестокость для созидательных и позитивных целей или же, напротив, трансформирует природную жестокость в негативное и деструктивное поведение по отношению к другим и в конечном итоге к себе самому.

Сложный вопрос стоит, таким образом, не только перед подростками, но и перед всеми родителями, всеми взрослыми, так же как и перед различными формами коллективной ответственности, стыдливо называемыми «государственной властью»: будем ли мы поступать с молодыми так, как если бы речь шла о стихийно возникшем поколении мучителей, за которых никто не ответствен, ни взрослые, ни сами молодые?

#### БИБЛИОГРАФИЯ

Abraham (K.) — *CEuvres completes*. Paris: Payot, 1966 (2 tomes).

Bergeret (J.) — *La violence fondamentale*. Paris: Dunod, 1984.

Bergeret (J.) — *La violence et la vie*. Paris: Payot, 1994.

Bergeret (J.) — *La pathologie narcissique*. Paris: Dunod, 1996.

Bergeret (J.) — *L'erotisme narcissique*. Paris: Dunod, 1999.

Freud (S.) — *Trois essais sur la theorie de la sexualite*. Paris: Gallimard, 1949.

Freud (S.) — *Les Theories sexuelles infantiles // La vie sexuelle*. Paris: P.U.F., 1969.

Freud (S.) — *L'organisation genitale infantile // La vie sexuelle*. Paris: P. UJP, 1969.

Girard (R.) — *La violence et le sacre*. Paris: Grasset, 1972.

Grunberger (B.) — *Le Narcissisme*. Paris: Payot, 1971.

Klein (M.) — *Envie et gratitude*. Paris: MRP, Gallimard, 1968.

## ПРОБЛЕМА ЗАЩИТ

Ж. БЕРЖЕРЕ

## МЕТАПСИХОЛОГИЧЕСКИЙ ПОДХОД

В начале нашего столетия более невозможно, как это происходило на протяжении прошедшего века, представлять себе обобщенно то, что называется «механизмами защиты Я»; наши знания о метапсихологии и в особенности о топике в огромной степени прогрессировали.

Сегодня уже нельзя как когда-то столь обобщенно рассматривать концепт «Я». Франкоязычные авторы, развившие концепции нарциссизма, и англоязычные авторы, значительно расширившие исследования «Себя» (Self), сделали очевидной ошибку первых переводчиков Фрейда, использовавших термин «Я», чтобы выразить немецкое *Ich*. *Ich* (назывное личное местоимение первого лица единственного числа, т.е. индивидуальный активный субъект действия) не соответствует Я (выражающему немецкое *Mich* — указательное местоимение, определяющее объект действия глагола, т.е. субъекта, выступающего для себя самого, в качестве своего «Себя» как объекта. Объекта, который касается нарциссического отношения, а не отношения генитального уровня, где субъект «Я» четко направлен на другой объект).

Таким образом, среди защитных механизмов мы должны рассматривать механизмы, в достаточной степени проработанные для защиты *Ich* (то, что неверно называется по-французски «Я»)¹.

Конечно, существуют механизмы, ответственные за защиту различных инстанций личности (Оно, Идеал-Себя, Идеал-Я, Сверх-Я) от конфликтов, которые могут возникать между ними, как и от конфликтов, которые могут противопоставлять всю совокупность инстанций (включая «Я» и «Себя») определенному давлению, исходящему из внешней реальности.

**Механизмы защиты** обычно не пользуются доброй славой. Их слишком поспешно рассматривают только под углом конфликтного, даже патологического аспекта, тогда как вся адаптивная сторона их функционирования обходится молчанием. Субъект никогда не бывает болен, «поскольку у него существуют защиты», но защиты, которые он обычно использует, оказываются либо неэффективными, либо слишком ригидными, либо мало адаптированными к внешней или внутренней реальности, либо слишком привязанными к одному и тому же типу, так что психическая деятельность оказывается, таким образом, ограниченной в своей гибкости, гармоничности, адаптивности.

С другой стороны, защиты Я (патологические или нет) часто смешиваются с *сопротивлениями*, понятием, касающимся защитных процессов, использующихся лишь в переносе (и в особенности в психоаналитическом лечении) субъектом, защищающимся именно от терапевтического контакта, осознания различных аспектов этого контакта, в особенности в ассоциативной игре мыслей, которые затормаживаются таким образом, чтобы уменьшить коммуникативный страх.

Е. Биринг и Д. Лагаш различают *механизмы защиты*, автоматизированные, бессознательные, находящиеся в зависимости от первичных процессов, Целью которых остается уменьшение напряжения влечения и страха как его следствия, и *механизмы разрядки*, управляемые вторичными процессами (принципом реальности), нацеленные на приспособление внутренних условий субъекта к гибкой адаптации к внешним условиям без какого-либо уклонения от этой ситуации: например, работа траура или освоение анксиогенной ситуации, иными словами — ее интеграция и контроль.

Можно полагать, что более проработанные механизмы защиты касаются «Я», тогда как представляющиеся более примитивными — «Себя».

¹ Чтобы не слишком запутывать читателей, но уточнить допускаемую семантическую ошибку, мы будем продолжать называть (к сожалению) французским «Я» то, что исходно называется немецким «Ich». Но будем использовать «Себя» для немецкого «Selbst» (англ. «Self»).

(В русском языке существуют еще большие затруднения для адекватного перевода. Мы будем использовать (по возможности максимально точно) местоимения «Я», «Сам», «Себя», «Я сам» (прим. пер.)

В то же время было бы, без сомнения, неверно сводить роль защитных процессов только к размерности классического *«невротического конфликта»*: когда речь идет на самом деле об образованиях невротического типа, генитальных и эдиповских, конфликт очевидно расположен между сексуальными влечениями и их запретами (интроецированными в Сверх-Я). Страх при этом является страхом кастрации, и защиты стремятся его уменьшить, либо облегчая регрессию в отношении либидо, либо приспособлявая его к регрессивной разрядке, например ауто- или ал-лоагрессивной, эротизируя первичную инстинктивную жестокость.

В *психотических образованиях*, напротив, целая господствующая часть глубокого конфликта вступает в игру с реальностью. Страх является страхом расчленения либо в виде опасения жестокого столкновения с частью реальности, либо, наоборот, утраты контакта с той же реальностью. Защита против подобного страха остается, пока возможно, в рамках невротической ситуации, но зачастую этого недостаточно, и тогда появляются защиты, свойственные психотической системе: аутизм (попытка восстановления первичного нарциссизма с его замкнутой цепью), отказ от реальности (полный или частичный), требующий иногда реконструкции неореальности или совокупности подобных действий, приводящих к классической бредовой позиции.

Наконец, в группе *пограничных расстройств* конфликт возникает между напряжением прегенитальных садистических оральных и анальных влечений, направленных против фрустрирующего объекта, и безмерной воображаемой нуждой в том, чтобы объект залечил нарциссическую рану с помощью внешнего вознаграждающего действия, позволяющего в конечном итоге достичь Эдиповой фазы в гораздо лучших условиях аффективной оснащенности. Страх, который из этого проистекает, есть страх утраты объекта, т.е. страх депрессии. Таким образом, защиты будут в основном центрированы на средствах избежать эту утрату и приведут к двойному манихейству: внутреннему расщеплению хорошего (Идеал-Се-бя) и плохого (непосредственно проецированного вовне) и внешнему расщеплению (на добрых и злых: не-Себя). К этому добавляется ловкое лицемерие инвертированного влечения: защита от стесняющего прегенитального с помощью внешних и поверхностных псевдогенитальных элементов. Здесь мы видим попытку покрыть архаическую нарциссическую рану вторичным нарциссизмом с разомкнутой цепью, жаждущим насыщения, но не способным заполнить нехватку базового нарциссизма...

Этот краткий обзор должен позволить нам лучше понять реальную и относительную роль защит: тех, что направлены на защиту Я, и тех, что направлены просто на охранение себя. Последние более очевидны и лучше описаны, но тем не менее не означают в структурном контексте аутентично невротического, генитального и эдиповского способа организации.

## ТЕОРИЯ

Было бы слишком просто считать, что вытеснение обычно проявляется при неврозах, в особенности при истерии, что анальная регрессия, реактивные образования и изоляция характерны для того, что называется obsessивным неврозом, что проекция означает паранойю, а интроекция — меланхолию, что при шизофрении регрессия стремится к исходному диффузному состоянию, что при пограничных состояниях (и у большого количества больных с фобическими расстройствами) расщепление имаго допускает как уклонения, так и компенсаторные и идеализированные сверхзагрузки.

Порядок, в котором представлены защитные механизмы, учитывает прежде всего терминологическое сходство, могущее привести к путанице (как «лжедрузья» в английском разговорнике). Это позволит нам лучше понять, чем эти процессы различаются в собственно экономическом плане, хотя некоторые внешние аспекты делают их сходными.

## ПРОТИВОЗАГРУЗКА

Защитные механизмы осуществляют охранные операции, запускаемые Я или Я-сам для обеспечения собственной безопасности; это и есть в двойном смысле выражения «защиты». Эти защиты действуют против внезапного появления репрезентаций влечений, исходящих из Оно, расцениваемых как запретные, а потому и опасные (См.: «Топология», гл. 2).

Фрейдовская теория расщепляет содержание влечения на два различных компонента: аффект (или аффективную окраску, придаваемую влечением и невытесняемую в бессознательное) и репрезентацию (конкретное содержание мыслительного акта). Только репрезентации, благодаря игре мнестических следов, связанных с внешними значащими восприятиями, имеют различную участь, в соответствии с правом, осуществляемым над ними цензурой: быть или не быть связанными с соответствующими аффектами, т. е. с теми же исходными влечениями, теми же объектами, теми же целями влечений. Именно на репрезентации направлено большинство защитных механизмов, и в частности вытеснение, тогда как подавление направлено на аффекты.

Когда Сверх-Я и инстанции идеала противостоят нежелательной сознательной загрузке репрезентаций влечений, сначала происходит *разгрузка* анксиогенной репрезентации влечения. Определенная часть психической энергии становится, таким образом, свободной и не может пребывать в таком состоянии. Она сразу же используется в *противозагрузке*, переносимой на другие репрезентации влечений разнообразного типа, могущие быть иногда осознаваемыми ввиду их смягченности и разрешенное<sup>TM</sup>. Эта операция, произведенная над запретными репрезента-



циями, исключает их из поля осознаваемого к выигрышу «противозагруженных» и безопасных репрезентаций.

### РЕАКТИВНОЕ ОБРАЗОВАНИЕ

Речь идет о противозагрузке в виде разрешенного распределения энергии влечения, изъятой из запретных репрезентаций: например, заботливость может быть реактивным образованием враждебных репрезентаций, требовательность к чистоте больного с Obsessive-compulsive disorder представляет собой реактивное образование против его желания загрязнения.

Это очень ранний, но хрупкий механизм, который развивается в период латентности, предпочитая ценности, выделенные в историческом, социальном и культурном контексте<sup>1</sup>, в ущерб примитивным, агрессивным или прямым сексуальным потребностям, в попытке их косвенного удовлетворения. Этот функциональный и утилитарный аспект способствует адаптации субъекта к окружающей реальности. В определенной степени этот механизм приводит к специфичности характера, свойственного субъекту. Если реактивные образования становятся слишком систематичными, слишком императивными, слишком ригидными, мы оказываемся в рамках патологии характера. В случае классического невроза они остаются действенными, но ограниченными специфически детерминированным типом объектного отношения каждого варианта невроза.

### ЗАМЕЩАЮЩЕЕ ОБРАЗОВАНИЕ

Репрезентация неприемлемого желания вытеснена в бессознательное. На уровне принципа удовольствия существует недостаточность, которую Я старается заполнить тонкой двойной компенсаторной операцией: с одной стороны, внести замещающее удовольствие, а с другой — устроить так, чтобы эта замещающая сознательная репрезентация благодаря ассоциативной игре идей как-то тем не менее соотносилась с запретным удовольствием, не проявляя это отчетливым образом. Например, мистический транс может вполне являть собой лишь субститут сексуального оргазма: внешне в нем нет ничего сексуального, на самом же деле связь с любовным и физическим экстазом оказывается сохраненной, аффект остается идентичным. Замещающее образование есть, стало быть, один из вариантов возвращения вытесненного.

<sup>1</sup> Эти ценности не обязательно относятся к родительским, весьма часто они — следствие моды на данный момент в данном возрастном срезе.

## ТЕОРИЯ

Однако замещающее образование может работать в обратном направлении. Будучи неспособным интегрировать и регулировать сексуальные влечения вследствие определенного уровня аффективной незрелости, связанной с базовой нарциссической несостоятельностью, субъект (действующий тогда в регистре «защит Самости») старается замаскировать поверхностной заместительной псевдосексуальностью объектную и сексуальную несостоятельность, пытаясь в то же самое время упрочить свою нарциссическую несостоятельность по отношению к реальности.

### КОМПРОМИССНОЕ ОБРАЗОВАНИЕ

Это также способ возвращения вытесненного, существующего в данном случае в форме, в которой оно не может быть принято, но не с помощью замещения, а с помощью деформации. Этот процесс пытается сплавить в компромиссе и запретные бессознательные желания, и требования запрета, то, что мы встречаем, в частности, в сновидении, в некоторых симптомах (например, потребность в контрфобическом объекте).

### ОБРАЗОВАНИЕ СИМПТОМА

Это еще один из способов возврата вытесненного. Будь то в психическом, физическом или смешанном варианте, симптом никогда не имеет причиной само по себе вытеснение. Он означает лишь неудачу вытеснения и является не чем иным, как результатом этой неудачи.

Симптом есть одновременная результирующая трех предыдущих механизмов: реактивного образования, замещающего образования и компромиссного образования. Значит, он не может быть расположен с ними в одной плоскости, его природа с самого начала оказывается более сложной, чем каждого из них, рассматриваемого в отдельности.

К тому же симптом с самого начала, благодаря действию компромисса и замещения, приобретает особый смысл в каждой психопатологической сущности; он плотно включен в тип объектного отношения, свойственного каждой форме болезненной организации. Защита, сформированная симптомом, направлена на борьбу против специфического страха: избежать кастрации при неврозе, избежать расчленения при психозе, избежать утраты объекта при пограничном состоянии. Способ формирования симптома достаточно стабилен до тех пор, пока остается стабильной итрапсихическая экономия. Отчетливое изменение симптоматики, даже при ее строго органическом облике, требует изменения внутренней экономии, чего при любом терапевтическом отношении следует добиваться в первую очередь.

## ВЫТЕСНЕНИЕ

Это самый древний и наиболее важный механизм защиты, описанный Фрейдом в 1895 году. Он остается тесно связанным с понятием бессознательного и вследствие этого один использует основную часть защитной энергии, исключая из поля нашего сознания целые острова нашей подспудной, но до какой же степени реальной, аффективной жизни.

Однако принято считать, что, с одной стороны, вытеснение в его строго функциональном аспекте необходимо для упрощения нашей обыденной жизни и что в каждом случае оно не содержит в себе презумпции болезненности. С другой стороны, когда оно начинает действовать патологическим образом, речь идет, даже при различных структурах, о презумпции невротической организации или, по крайней мере, о защитных системах *невротического типа*. При других организациях, в меньшей степени генитально проработанных, чем неврозы, были постепенно открыты другие, более специфические механизмы; мы их опишем далее. Но мы бы не слишком настаивали вслед за Фрейдом на факте, что в том, что касается аутентичного вытеснения, оно остается преимущественно центрированным на генитальной диалектике, будучи прежде всего сексуально направленным на либидо. Вытеснение часто рассматривается как обычный, банальный, само собой разумеющийся механизм. Но вытеснение как раз не входит в наиболее примитивные и архаичные защитные процессы. Это достаточно «благородный» механизм, прежде всего потому что он касается генитальных проработок, а также поскольку он оказывается дорогостоящим (для психической энергии) и довольно удобным по сравнению со всей остальной группой более простых механизмов.

Вытеснение можно определить как *активный* процесс, направленный на сохранение *вне сознания неприемлемых* репрезентаций.

**Первичное вытеснение**

Это остаток архаического периода, индивидуального или коллективного, когда все тягостные репрезентации (образы первичной сцены, угроз или соблазнений взрослым) автоматически оказываются вытесненными, не достигая сознания; впоследствии это полюс притяжения, точки фиксации будущих вытеснений, касающихся репрезентаций того же типа.

Фрейд никогда не отказывался от постулирования первичного вытеснения как связанного с существованием «первичного Бессознательного». Это предполагает присутствие с самого рождения сексуальной схемы в примитивном воображаемом ребенка. Но в то же время и невозможность для этой сексуальной схемы, в связи с первичным непосредственным вы-

теснением, стать впоследствии операциональной. Первичная сексуальная схема может оказаться операциональной лишь в более продвинутом структурировании, что подготавливает введение в Эдипов комплекс и все его трансформации, перемещающие регистр сознательного под действие вторичного вытеснения, генератора вторичного бессознательного.

### **Вторичное вытеснение, или вытеснение в собственном смысле слова**

Оно состоит в двойном действии: притяжение фиксациями первичного вытеснения и отторжение запрещающими инстанциями Сверх-Я (и Я в той мере, в какой оно связано со Сверх-Я).

### **Возвращение вытесненного**

Это либо просто «просвет» в процессе вытеснения, функциональный и полезный клапан (сновидение, фантазмы), либо менее безобидная форма (ошибки, забывчивость), либо патологическое проявление реальной неудачи вытеснения (симптомы).

Вытеснение касается только репрезентаций запретных влечений, прежде всего из-за действия *разгрузок* устрашающих репрезентаций предсознательного (например, уличные женщины при фобии), затем *противозагрузок* необходимой энергии влечения, сразу же реинвестируемой в другие разрешенные репрезентации (контрфобический объект). Эта иротивоза-грузка создает постоянно необходимый энергетический расход, без которого вытесненное вскоре проявляется в вышеописанных формах. Вытеснение в собственном смысле не создает ни замещающих, ни компромиссных образований, ни симптомов. Эти феномены означают лишь возвращение вытесненного, т.е. неудачу вытеснения, его перегруженность, а не простое приведение в действие.

Вытеснение действует только после разграничения сознательного и бессознательного и появления языка. Бессознательное — это то, что не вербализовано, репрезентации вещей; сознательное, напротив, соответствует вербализованному, репрезентациям слов.

Таким образом, если оно успешное, вытеснение не может помешать тому, чтобы вытесненные в бессознательное репрезентации там организовались, образовали тонкие связи и даже породили новые побег, которые в свою очередь попытаются проявиться на уровне сознания.

3. Фрейд вначале предполагал, что вытеснение лежит в основе страха. Но разработка второй топик и определяющая роль, приписываемая Я как вытесняющей инстанции, привели его {«*Подавление, симптом и страх*») к тому, что, напротив, страх создает вытеснение, и к описанию вытеснения

как подвижной, живой и бесконечно действующей игры загрузки, разгрузки и противозагрузки самых разнообразных репрезентаций, связанных с влечениями и аффектами, непереносимыми для запрещающих инстанций.

Однако, как это часто отмечается, первая фрейдовская концепция не кажется уж настолько несовершенной. Если вторая теория страха очень хорошо адаптирована к клинике невротических сущностей, то первая теория страха может рассматриваться в качестве адаптированной к преге-нитальной экономии в той мере, в какой первичное вытеснение является не результирующей экзистенциального страха нарциссической сути, а, напротив, его запускающей причиной.

Невозможно представить себе параграф, посвященный вытеснению, главному защитному механизму при неврозах, и не описывающий, каким образом этот механизм разворачивается в экономическом аспекте двух единственных аутентичных неврозов.

При истерии

*Конверсионная истерия* (тип «Доры»<sup>1</sup>) — тотальное исчезновение репрезентации, связанной с угрожающим влечением: вытеснение имеет полный характер (воспоминание о члене М.К..., прижимающемся к ее лобку, вытеснено). Вступает в действие замещающее образование (грудная клетка замещает лобок), а компромиссное образование (давление на грудную клетку вместо давления на лобок) порождает симптом, становящийся безобидным в отношении Сверх-Я. При конверсионной истерии вытеснение абсолютно успешно и самодостаточно («*belle indifference*» — прекрасное равнодушие истерического пациента по отношению к своему симптому), тогда как при других формах неврозов часть страхов вновь проявляется и нуждается в подключении других, дополнительных механизмов защиты. Эта эффективность (не всегда абсолютная) вытеснения при конверсионной истерии объясняет, почему настоящие истерики относительно редко попадают на консультации к психопатологам и столь легко обращаются к интернистам.

*Истерия страха* (тип «маленького Ганса»<sup>2</sup>). Первичные влечения амбивалентны. Возьмем лишь случай отца: любовь к отцу и ненависть к отцу сосуществуют в связи с эдиповской ситуацией. Только репрезентации ненависти к отцу (и ее следствия — страх, боязнь отца) являются вытесненными. На это вытеснение недостаточно успешно, поскольку замещающее образование (лошадь) не соответствует достаточному смещению: уровень неудовольствия сохраняется и требует включения дополнительного обходного пути, протечки (фобия лошадей).

<sup>1</sup> Случай «Доры» (*прим. пер.*).

<sup>2</sup> Случай фобии пятилетнего мальчика (З. Фрейд) (*прим. пер.*).

**При обсессивном неврозе<sup>1</sup>**

Вытеснение оказывается в этом случае еще менее успешным, поскольку последовательно включаются в действие четыре дополнительных фактора: *регрессия*, собственно регрессия влечения к анальному садизму («нет, я не хочу обладать моим эдиповским родителем, я хочу его замарать»), затем *вытеснение* этих садистических тенденций («нет, я не хочу знать о моем желании его замарать»), затем *реактивное образование* («я совестливый, я хочу его защитить, заботиться о нем») и, наконец, *смещение* (объекта влечения на субститут в виде супруга, ребенка, которого нужно оберегать, или целого дома, который нужно «содержать в чистоте»).

Не следует смешивать вытеснение {англ. «repression»):

— с **подавлением** (англ. «suppression»), актуально действующим и достаточно осознаваемым механизмом, касающимся аффекта (а не его репрезентации) и заключающимся не в вытеснении, а в его торможении, практической ликвидации. Например: «Нет, я не буду думать о сексуальном наслаждении, которое я мог бы получить, гуляя с такой молодой девушкой; она — просто друг». Репрезентация в этом случае сохранена, а аффект укрощен. Подавление аффектов (слишком часто смешиваемое с вытеснением репрезентаций) играет очень важную роль в рамках преге-нитальной экономии;

— с **запретом<sup>2</sup>**, сознательной и мотивированной проработкой запрещения. Например: З. Фрейд демонстрирует нам, как благодаря лечению маленький Ганс переходит от вытеснения (автоматизированного и бессознательного первичного процесса) к запрету своих инцестуальных желаний (вторичный процесс адаптации к реальности и ее интеграции).

**ИДЕНТИФИКАЦИЯ**

В этом случае речь идет не о защитном механизме, а об аффективной деятельности и деятельности общения, необходимой для развития, описанного в данной работе. Как все остальные виды психической деятельности, идентификация может быть также использована и в защитных целях.

Существует **первичная идентификация**, связанная с оральной инкорпорацией. В этом преимущественно прегенитальном действии, имеющем целью установить базовую идентичность субъекта, объект должен

<sup>1</sup> В относительно редких случаях, когда обсессивные реакции имеют невротическую природу.

<sup>2</sup> В оригинале: «condemnation» (*фр.*), имеет более широкий семантический спектр: осуждение, приговор, проклятие, запрет, запрещение (*прим. пер.*).

быть поглощен без предварительного разделения на нежность и враждебность, Себя и не-Себя.

С наступлением Эдиповой фазы появляется способ **вторичной идентификации**, направленный на утверждение сексуальной идентичности субъекта со всеми возможными психопатологическими трансформациями. Ребенок, отказывающийся вначале от инкорпорации любимого родителя, затем отказывающийся от идеи сексуального отношения с ним, утешится, включив в себя качества, представленные для него этим объектом. Эта деятельность может доходить до защитной регрессии со всеми диалектически возможными расстройствами (в частности, гомозро-тизмом, торможением и перверсиями), но, однако, вторичные идентификации, связанные с родителем того же пола, обычно направлены на дополнение и генитальную организацию первичных идентификаций и прокладывают путь последующим отношениям настоящего объектного и ге-нитального типа.

Исходя из коллективной психологии, З. Фрейд описал третий тип идентификации: в этом случае субъект идентифицирует свои собственные объекты с объектами другого субъекта и объектами группы в целом. Это происходит через имитацию и заражение, вне всякой прямой либи-динальной связи.

Что же касается так называемой «истерической» идентификации, то она затрагивает только один из аспектов, общих для объекта и субъекта.

### **Идентификация с агрессором**

Стать тем, кого когда-то боялся, успокоиться, сразу же избавившись от него. Этот механизм, описанный Ш. Фернеци и А. Фрейд, может простирается от простой инверсии ролей (играть в доктора, в волка, в привидение) до настоящей интроекции опасного объекта.

Очевидно, что эта защита предполагает магическое всемогущество другого и связана с искажением инстанций идеального, вторично предуготовленных для мазохистского поведения, и строгими запрещающими инстанциями, часто называемыми «садистическим Сверх-Я», хотя, конечно, речь не идет о настоящем генитальном и постэдиповском Сверх-Я.

### **Проективная идентификация**

Это механизм, описанный М. Кляйн на шизопараноидной фазе в виде фантазма проекции ребенка внутрь материнского тела с целью управления им, обладания и, возможно, разрушения с желанием контролировать плохие объекты, уже проецированные туда (пенис отца, экскременты, других детей).

Существенна роль материнского ответа: если ее собственная способность к фантазии позволяет ей принять подобные фантазмы (и показать, что она их принимает), то из этого вторично последует естественная потребность ребенка к восстановлению и нежности. Если мать, напротив, запрещает эти фантазмы, мы встретим у ребенка реинтроекцию угрожающей груди и алчущей вагины-клоаки. Аффективность ребенка вместо того, чтобы обрести опыт позитивных связей, придет, оскудеет, к феноменам клаустрофобии (страх быть заключенным внутри матери), деперсонализации (страх утраты материнского объекта) или даже расчленения (психоз), а нарциссическое Я-сам окажется бесконечно фрагментарно проецированным в мать.

### ПРОЕКЦИЯ

Для З. Фрейда в этом механизме существуют три последовательных этапа: прежде всего мешающая репрезентация *внутреннего* влечения подавляется, затем это содержание деформируется, и, наконец, оно возвращается в сознание в виде репрезентации, связанной с *внешним* объектом.

Проекция действует в каждый момент психической жизни, будь то во внепатологических феноменах (суеверие, мифология, анимизм), будь то в лечении («вы мне только что сказали, что»), образуя классическую проекцию пациента, также наблюдаемую в виде отрицания («но это неправда»). В патологии проекция приобретает в зависимости от различных типов организации особые аспекты: например, при истерических фобиях проекция перемещает опасность влечения изнутри (сексуальное желание) вовне (опасность потенциально сексуальных объектов), затем включается смещение (тонко меняющее репрезентацию объекта, делая его несексуальным) и, наконец, избегание этого объекта — защитный цикл таким образом завершен. В параноиде происходит регрессивный сдвиг сексуальных влечений к садистическим, и этого грубого и обедняющего способа достаточно, чтобы не прибегать к смещению: тот же самый объект остается, но становится угрожающим («он меня преследует», «он хочет меня содомизировать»), переживание ненависти в своем обращении (защитная инверсия любовных переживаний) оказывается оправданным перед внутренней цензурой. Таким образом, истерофобики дают в проекции ограниченно ложную интерпретацию реальности; параноики же, напротив, приходят к самым неограниченно искаженным интерпретациям реальности.

Реально проекция означает неудачу вытеснения. Благодаря более развитым защитам, преимущественно вытеснению, Я обычно защищается против внутренних опасностей с помощью средств, прямо, непосредственно и автоматизированно использующих бессознательное. Если эти



способы оказываются недостаточными, то становится необходимым с помощью проекции трансформировать внутреннюю опасность во внешнюю, против которой, используя и обманывая сознательное, действуют меры защиты Себя, более архаические, более элементарные, такие, как проекция, смещение, избегание.

Выделяется **первичная проекция**, не прибегающая к вытеснению, она способствует установлению различия между Я-сам и не-Я-сам, приписывая внешнему миру причины ощущений, которые мы не хотим локализовать в себе; это нормальный процесс, укрепляющий Я-сам и уточняющий схему тела. С другой стороны, **вторичная проекция**, нуждающаяся в деятельности торможения или вытеснения; внешний объект заполняется проецированной ненавистью (М. Кляйн) и становится преследователем. У взрослых это может доходить до бреда: например, при ревности запретная репрезентация желания изменить может проявиться на трех уровнях уверенности в измене: простой ревности, патологической ревности, бреда ревности.

Можно сказать, что проекция образует форму возвращения вытесненного. Вероятно, следовало бы показать это более отчетливо: если можно считать, что компромиссное образование, симптомы, забывания и т.п. являются аутентичными возвращениями вытесненного *после нормального вытеснения*, то в процессе проекции следует, напротив, выделять возвращение того, что *должно было* быть вытесненным, но не смогло им стать: в общем так же, как в случае с другими, менее развитыми, чем вытеснение (смещение, сгущение, отрицание, расщепление имаго и пр.), механизмами, «заранее произошедшая» неудача вытеснения делает его затруднительным для использования (скорее неполноценно действующим). Более точно проекцию и другие архаические механизмы следует понимать как способ обращения с тем *невытесненным*, что, оставаясь стесняющим, должно быть удалено способами, естественно менее эффективными, чем вытеснение, но и менее дорогостоящими для противоагрузки, ввиду большей «грубости» и близости к первичным процессам.

### ИНТРОЕКЦИЯ

Механизм, описанный Ш. Ференци, с защитной и регрессивной целью повторяющий у взрослого ранее развивающую деятельность, встречающуюся у ребенка на этапе детского развития и состоящую в том, чтобы допустить в психический аппарат все большее и большее количество внешнего мира. Но тогда как Я ребенка от этого обогащается, Я взрослого создает целую серию внутренних бессознательных фантазм, формирующих интимный психический образ, так что субъект начинает их трактовать, как если бы речь шла о реальном внешнем объекте.

Интроекция как бы образует защиту от неудовлетворенности из-за отсутствия объекта; интроекция приносит ей утешение в виде его внутреннего присутствия. Это случай траура, и в особенности меланхолии, когда упреки, которые субъект обращает к себе, являются теми же самыми, какие в реальности он не имеет права адресовать любимому существу.

Для авторов кляйновского направления существует такая же игра постоянных взаимодействий между проективными и интроективными действиями, как между объектными внутренним и внешним мирами, что способствует поддержанию хороших объектных отношений, насущно необходимых субъекту.

Представляется, что на уровне интроекции существует некоторая путаница: прежде всего с оральной *инкорпорацией*, описанной М. Кляйн в основном как фантазм, связанный более с телесными, чем с психическими примитивными репрезентациями, а не как психический механизм в собственном смысле слова. Затем с вторичной *идентификацией*, о которой мы говорили выше (которая направлена на качества субъекта, а не на упреки по отношению к нему). С другой стороны, когда говорят об «интроекции» агрессивности или «родительских запретов», следовало бы скорее употреблять термины *обращения против себя* или *интернализации*.

*Интернализация* (или интериоризация, по Лапланшу и Понталису) касается способа связи с другим, например эдиповское соперничество с отцом, тогда как интроекция включает формирование внутри себя отцовского образа, замещающего отсутствующего отца.

*Интроверсия*, описанная К. Г. Юнгом и заимствованная З. Фрейдом, направлена на феномены изъятия либидо по отношению к реальным объектам. Подобное изъятие может реализоваться двумя способами: в направлении к Я (вторичный нарциссизм) или в направлении к внутренним воображаемым объектам, фантазмам (интроверсия).

Для Фрейда психоз является «нарциссическим неврозом», для Юнга — «итроверсивным неврозом»; различие существенное.

В реальности невротик любит внешний объект, эдиповский объект, деформированный конфликтами; психотик может только пытаться, но безуспешно обратить свою любовь на себя самого; что же касается больного с пограничным расстройством, то он любит воображаемое существо, похожее на его Идеал-Себя и в то же время на реальное существо, но выбранное именно ввиду его удаленности и недостижимости. Представляется, что это есть истинная область защиты с помощью интроверсии, т.е. изъятия не строго аутического, а образованного внутренними фан-тазмами.

ОТМЕНА (АННУЛИРОВАНИЕ)<sup>1</sup>

3. Фрейд говорит, что это активный процесс, состоящий в том, чтобы отменить то, что уже сделано. Соответственно нужно, чтобы стесняющие репрезентации, возникшие в действиях, мыслях или поведении субъекта, рассматривались как несуществующие. Для этого субъект использует другие действия, мысли или поведение, предназначенное магическим образом устранить все, что связано со стесняющими репрезентациями.

Именно это и происходит в искупительных действиях в анимизме, в потребности проверки и в целом в любом механизме навязчивости: одно поведение аннулируется другим типом действия, предназначенным подавить не только последствия первого действия, но и само действие, которое поддерживает запретную репрезентацию.

Все это происходит на уровне магического всемогущества мысли, совсем как у маленького ребенка, и вторично влечет за собой чувство всемогущества Себя и действия, поскольку мысль, говорит З. Фрейд, может рассматриваться как действие, производимое с минимумом энергии (образы и слова).

Аннулирование формирует нарциссически очень регрессивный механизм; оно должна действовать тогда, когда более классические психические процессы, базирующиеся на разгрузке и противозагрузке (чаще всего направленные на объектные репрезентации), оказываются недостаточными; аннулирование направлено на саму реальность, поскольку именно временность, важный элемент реальности, оказывается отрицаемым, искаженным.

ОТРИЦАНИЕ<sup>2</sup>

Это также механизм, более архаичный, чем вытеснение: стесняющая репрезентация влечения не вытеснена, таким образом, она появляется в сознательном, но субъект защищается от нее, отказываясь допустить, что речь может идти о лично его затрагивающем влечении. Например, во время лечения пациент заявляет: «Эта женщина, которая появлялась в моем -сновидении, не моя мать». Репрезентация, таким образом, может стать сознательной при условии, что ее происхождение отрицается: «я

<sup>1</sup> Во многих переводах используется термин «отмена уже сделанного» (*прим. пер.*).

<sup>2</sup> Существует определенная путаница в переводах терминов, описывающих два близких, но отличающихся механизма: «delegation» (отрицание, запирательство) и «deni» (отказ, игнорирование), также переводимый как «отрицание». В данной работе мы будем придерживаться данного, более точного, на наш взгляд, перевода (*прим. пер.*).

не мог так думать» часто весомей подтверждения, поскольку так проявляются одновременно и репрезентация, и защита.

А. Фрейд рассматривает этот механизм как предвестник вытеснения. М. Кляйн связывает отрицание и раздвоение Я в защите от плохого объекта. Но для М. Кляйн и плохой, и хороший объекты являются внешними, тогда как для З. Фрейда речь идет только об интроецировании того, что является хорошим, и отбрасывании того, что является плохим; то, что оказывается внутри, становится субъективным, то, что вне, — объективным. Отрицание действует прежде всего на уровне внешних восприятий, тогда как вытеснение направлено на обе стороны влечения.

#### ОТКАЗ' (ИГНОРИРОВАНИЕ)

Следует хорошо отличать этот механизм от аннуляции и отрицания: речь идет об удалении стесняющих репрезентаций, не отменяя их (аннуляция) или не признавая как касающихся нас (отрицание), но отрицая в данном случае саму *реальность восприятия*, связанного с этой репрезентацией.

В своей работе по поводу «анатомических различий между полами» З. Фрейд показывает, как этот механизм автоматически и насильственно действует у маленького мальчика, когда он впервые обнаруживает женский половой орган: все выглядит, как если бы он ничего не видел; знание, что могут быть существа с неясной «фалличностью», недопустимо, ибо различие существует прежде всего в плане первичного нарциссизма, телесной целостности.

Потребность в вытеснении не существует, отказ направлен на саму реальность, никогда не становившуюся осознаваемой как таковая.

В развитии маленького мальчика обязательно встречается этот первый инициальный этап отказа: я никогда не видел, что нехватка (нарциссическая) может существовать. В момент Эдиповой фазы наступает второе, параллельное, но другое аффективное переживание: страх кастрации (гени-тальной) отцом; преобладающие в этот момент защиты Я зависят от структурного выбора: вытеснение при неврозах, регрессия влечения при пограничных расстройствах, новый отказ от реальности при психозах, тогда как при перверсиях инициальный архаический отказ остается интактным.

<sup>1</sup> В оригинале: «deni» (фр.) — отрицание, отказ, игнорирование. Данный термин в русскоязычной литературе традиционно переводился как «отрицание». На наш взгляд, более адекватно употребление термина «отказ», поскольку это позволяет избежать путаницы с другим защитным механизмом — «delegation» и семантически подчеркивает оттенок активности, существующий в данном защитном механизме; «deni» — не просто отрицание, это игнорирование существующей реальности (*прим. пер.*).

Таким образом, отказ является механизмом, преимущественно действующим при психозах (отказ от всей угрожающей реальности без уточнения) и при перверсиях. Но в случае последних отказ направлен только на одну, очень ограниченную часть реальности: женский половой орган как пенис у совсем маленького мальчика; остальная часть перцептивного поля при перверсии остается интактной, и к этому прибавляется лишь нарциссическая компенсаторная сверхзагрузка фаллоса, тогда как при психозе нарушения реальности вследствие перцептивных отказов могут быть направлены на любую область и, если необходимо, бред сверхзагружает компенсаторную неореальность.

Рядом с отказом уместно упомянуть три с разным успехом описанных механизма.

*Форклюзия*<sup>1</sup>. Подобно отказу, касающемуся исключительно женского полового органа, Ж. Лаканом был описан под названием форклюзии тип отвержения репрезентации без вытеснения, касающийся «имени отца». Но мы не оказываемся в том и другом механизме на одном и том же уровне проработки: здесь действие скорее генитальное и фантазматиче-ское, чем нарциссическое и перцептивное. Это отвержение чего-то вовне субъекта связано с невозможностью символизации и очень близко к определенным психотическим процессам, поскольку часть реальности оказывается, таким образом, разгруженной и отброшенной вовне. Но форк-люзия может расчистить путь бредовым процессам, если только Я не будет доведено до еще более регрессивной дезорганизации, что не так часто случается. Напротив, представляется, что форклюзия больше связана с раздвоением имаго, чем с раздвоением Я.

*Инверсия влечения и обращение против себя*. Два механизма, описанные З. Фрейдом как трудно разделимые. Первый касается *цели* влечения: например, переход от любви к ненависти, от вуаеризма (активной: видеть) — к эксгибиционизму (пассивной: быть увиденным), от садизма (мучить) — к мазохизму (подвергаться мучениям). Второй механизм касается *объекта* влечения: переход от садизма к мазохизму заключается в обращении садизма против себя самого, переход от вуаеризма к эксгибиционизму — в обнажении себя самого вместо обнажения другого.

#### ИЗОЛЯЦИЯ

Начиная с 1894 года З. Фрейд описывал этот механизм как заключающийся в отделении мешающей репрезентации от ее аффекта. В 1926

<sup>1</sup> Термин, заимствованный из юридической практики: forclusion (*фр.*) — утрата права за просрочкой, объявление недействительным (*прим. пер.*).

году он уточняет тип этой репрезентации: она может оставаться в сознательном, поскольку она оказывается там оторванной от любых ассоциативных связей.

Изолировать — это также, в моторном плане, устранить возможность касания, избежать любого контакта (табу прикосновения). Изоляция мешает установлению пугающих связей между объектом и мыслями.

Изоляция составляет часть набора процессов, начинающих действовать, когда вытеснение оказывается недостаточным: например, пациентка с Obsessive-compulsive disorder влюбляется в молодого человека, одетого в день их первой встречи в белую рубашку. Вследствие жесткого запрета в родительской эдиповской ситуации пациентка вытесняет, но неудачно, и после всей серии Obsessive-compulsive disorder механизмов можно видеть типичную изоляцию: табу видеть и трогать «белое», образующее «симптом-компромисс», поскольку субъект может таким образом отсечь любимую репрезентацию, оберегая себя в виде изолированной от любых сексуальных признаков формы «белого».

Равным образом изоляция образует часто встречающуюся при аналитическом лечении форму сопротивления в виде защитного прерывания ассоциативного процесса, как только он делает явными устрашающие элементы.

### СМЕЩЕНИЕ

Речь опять идет об одном очень примитивном защитном механизме, связанном с первичными процессами: стесняющая репрезентация запретного влечения отделяется от своего аффекта, и последний переносится на другую репрезентацию, менее стесняющую, но связанную с первой ассоциативными элементами.

Пример «маленького Ганса» остается классическим: ненависть (запретное влечение) к отцу (репрезентация) неприятна и вызывает боязнь (страх) отца (аффект). В результате смещения негативный аффект покидает репрезентацию-отца, чтобы зафиксироваться на репрезентации-лошади; ассоциативная связь: у обоих большие «пиписьки».

Смещение обычно действует при фобиях (истинных, т.е. только исте-рофобиях) ввиду неудачи вытеснения.

Таково же оно в сновидениях: цензура, тщательно действующая в дневном вытеснении, становится куда более попустительствующей во время сна, и смещение старается компенсировать эту недостаточность, помогая проработке сна, чтобы защитить отдых субъекта.

Изоляция у больных с навязчивостями и смещение у фобических больных оказываются дополненными элементарным механизмом — *из-*

*беганием*, предназначенным сделать невозможной встречу субъекта даже с изолированной и смещенной репрезентацией. Это случай «белого» в предыдущем примере или лошади у маленького Ганса.

### СГУЩЕНИЕ

Это последний из обычных примитивных защитных механизмов, который мы упомянем. Связанные с первичными процессами, требующие немного энергии противозагрузки, но очень несовершенные, эти механизмы обычно опираются друг на друга и действуют скорее *вместо* вытеснения, когда нехватка психической проработки или регрессия делает более совершенные механизмы малоэффективными, чем *после неудачи* вытеснения (возвращение вытесненного), приводящей к компромиссным образованиям, симптомам и пр.

Сгущение было выявлено З. Фрейдом в отношении сновидений: одна и та же репрезентация оказывается искусно перемещаемой таким образом, чтобы замещать разом несколько более неприятных репрезентаций. Этот процесс в реальности достаточно прост и совершенно соответствует первичной психической деятельности: сгущенная репрезентация есть лишь автоматический результат многочисленных последствий ассоциаций идей во время смещения. Единственная репрезентация, на которой эти различные действия сходятся, и представляет собой «сгущенную» репрезентацию. Например, пациент (философ, усвоивший аналитическую литературу) говорит своему аналитику: «Я видел вчера по телевидению случай Анны фон Рштер». Здесь явное сгущение, т.е. пересечение ассоциативной цепи по поводу Анны О. (недолеченной Брейером) с ассоциативной цепью по поводу Элизабет фон Риттер (вылеченной Фрейдом) и, наконец, с цепью, связанной с амбивалентностью пациента по отношению к своему терапевту, наиболее затруднительной для репрезентации.

Подобный механизм был выявлен З. Фрейдом также в забываниях, шутках, игре слов и пр.

### РАЗДВОЕНИЕ Я

Часто существует путаница между расчленением Я, раздвоением Я и раздвоением имаго. Термины «*Spaltung*» (Блейлер), «*раздвоение личности*» (Жане) и «*Splitting*» (Кляйн) использовались в достаточно различных смыслах. *Расчленение Я* в настоящем проявлении — это скорее не механизм защиты, а уже завершившийся процесс психотической декомпенса-

ции. *Раздвоение Я*, напротив, остается механизмом защиты (психотического типа) против страха расчленения и смерти; что же касается *раздвоения имаго*, то оно образует механизм защиты, обычный для пограничных состояний, направленный на борьбу со страхом утраты объекта и рискующий достичь психотического типа защиты через раздвоение Я.

Расчленение Я соответствует первичной неинтегрированности Я или регрессии на этот уровень. Это состояние неединства Я, которое остается явно фрагментарным при больших дефицитарных аутистических психозах у детей. Но Я может также оказаться более или менее неявно расчлененным (кое-как склеенным, но в любой момент реально и видимо распадающимся на куски), что рассматривается как разнообразные «предпсихо-тические» состояния у детей и подростков (аутентично психотические, но не декомпенсированные структуры); первым этапом декомпенсации подобных состояний можно считать тот, когда Я еще успешно борется против фактического расчленения,— это период раздвоения Я.

Наконец, существуют состояния, в которых Я никогда не оказывается расчлененным (ни явным, ни скрытым образом) и которые соответствуют не отсутствующей, а лишь неполной примитивной интеграции Себя: первичный нарциссизм может быть достаточным, чтобы избежать расчленения, но не в должной мере полным, чтобы сформировать достаточно полное, достаточно интегрированное и достаточно «целостное» Я-сам. В таком Себе остается вакуоль, не заполненная нарциссизмом, рана, начальная нарциссическая недостаточность, поддерживающая эти состояния между обойденным психотическим расчленением, не достигая, однако, его, и невротической структуриацией (в которой само Я оказывается подверженным под давлением Сверх-Я всем видам искажений, оставаясь полным). Подобные дисгармонии развития, как мы это увидим далее, защищаются против риска регрессии по психотическому пути в основном с помощью раздвоения имаго.

Раздвоение Я соответствует остаточным явлениям этапа, когда первичные связи с матерью оказываются недостаточными, чтобы вывести Я-сам ребенка из его первичной хрупкой организации, организации, в которой такому Я-сам столь же трудно автономно сформироваться, сколь легко отделить Себя от матери. Вытеснение (невротический механизм) избегает страха кастрации, создавая разделение между сознательным и бессознательным; Я остается деформированным, иногда ослабленным, но интактным в своем единстве. Раздвоение имаго (пограничные состояния) борется против страха утраты объекта, отодвигая в сторону угрожающие репрезентации и поддерживая таким образом внутри Я вакуоль аффективной пустоты, повторение вакуоли первичной нарциссической нехватки, ранее констатированной в регистре Я-сам.



Раздвоение Я (преимущественно психотический механизм) производит более серьезную ампутацию: часть Я остается в оперативном контакте с неугрожающей реальностью, тогда как другая часть того же самого Я утрачивает всякий контакт с этой реальностью в той мере, в какой она представляется для нее устрашающей, стараясь отрицать все слишком устрашающие аспекты реальности и при необходимости воссоздавая (бред) для компенсации более успокаивающую и одновременно более желанную неореальность. Итак, раздвоение Я остается последним оплотом против большого психотического приступа, утраты границ Я (по Федерну). Это процесс, использующий отказ и иногда бред.

То, что *a minima*<sup>1</sup> отличает раздвоение Я при перверсиях — феномене, хорошо описанном Фрейдом (см. отказ), от классического психотического раздвоения, — это то, что в первом случае речь идет об отказе от реальности, касающемся *только* женского полового органа (нарциссиче-ский отказ от кастрации со сверхинвестированным замещающим фаллосом), а во втором случае (психозе) отказ может быть направлен как на любой аспект (генитальный или нет) реальности, так и на компенсаторные смещения загрузки содержания влечения.

### РАЗДВОЕНИЕ ИМАГО

Как было сказано в предыдущем параграфе, этот механизм характерен для пограничных состояний, промежуточных образований (а не настоящей структуры) между невротическими структурами, где в основном действует вытеснение, поддерживаемое побочными механизмами, и психотическими структурами, в которых раздвоение Я встречается тогда, когда другие, менее дорогостоящие в регрессивном плане (в первую очередь вытеснение), а затем и все следующие более архаические механизмы оказываются неэффективными.

Под различными наименованиями (расщепление объекта, расщепление реальности) раздвоение имаго было выявлено кляйновской школой в первую очередь по поводу частичного объекта шизонарциссидной фазы и по поводу целостного объекта депрессивной фазы.

Именно в последнем варианте его наиболее интересно исследовать у взрослого: больные пограничным расстройством для того, чтобы бороться с депрессией из-за утраты объекта, не оперируют ни вытеснением (слишком генитально проработанным), ни раздвоением своего Я (слишком экономически дорогостоящим). Как это показал в 1924 году

В минимальной степени (*лат.*) (*прим. пер.*).

3. Фрейд, *деформируется*, чтобы не раздваиваться, именно Я. Оно начинает функционировать, различая во внешнем мире два сектора: адаптивный сектор, с которым Я свободно взаимодействует, и аналитический сектор, с которым Я ограничивается отношениями, организованными в соответствии с диалектикой зависимости-господства. Не используя отказ от реальности в этом последнем секторе, Я отличает по отношению к одному и тому же объекту то позитивное и успокаивающее имаго, то негативное и угрожающее имаго, без возможности совмещения сразу двух противоречивых имаго.

Мы очень близки к кляйновской концепции «хорошего» и «плохого» объекта, и О. Кернберг предполагает, что таким образом достигается ситуация трехчастности, когда одна часть Я остается организованной вокруг *позитивных интроекций*, тогда как другая часть Я, направленная вовне, с одной стороны, рассматривает в качестве внешней реальности позитивные аспекты этой реальности, достаточно загруженные либидо, а с другой — отвергает с того момента, как только они воспринимаются таковыми, все фрустрирующие и угрожающие объекты.

Этот последний процесс формирует настоящее раздвоение имаго. В качестве дополнительного механизма подобное расщепление использует в большей степени форклюзию, чем отказ.

#### СУБЛИМАЦИЯ

Этот психический процесс можно вполне отнести к защитным механизмам и признать в качестве единственного, реально «успешного» механизма, поскольку он не требует для поддержания никакой противозагрузки; либо, напротив, именно потому, что он не требует противозагрузки, сублимация не может рассматриваться среди истинных механизмов защиты. Хотя дискуссия далека от завершения, сублимация, как бы там ни было, заслуживает отдельного места в нашем обзоре.

Этот механизм, описанный Фрейдом в связи со случаем «Доры», касается не только репрезентации, но и цели влечения: запретная цель оставляется к выгоде новой цели, разрешенной Сверх-Я или высоко оцениваемой Идеалом-Себя. Фрейд полагает, что агрессивные влечения могут быть сублимированы в той же степени, что и сексуальные.

Сублимация требует формирования Сверх-Я, следовательно, примата генитальности в организации Я и интеграции под его действием частичных влечений. Она предполагает объединение сильного Я, главу организации психической экономии, и в то же время относительно удовлетворенного и нетиранического Оно, как и самоудовлетворенного (и неискаженного) Сверх-Я и, наконец, хорошо интегрированного Идеала-Себя.

Как в случае перверсий, сублимация не требует никакого вытеснения; при этом сексуальная цель сохраняется, тогда как при сублимации она исчезает.

Энергия влечения кажется нейтрализованной. Фрейд считал, что речь тем не менее всегда идет о «сексуальном» и объектном либидо, тогда как Г. Гартман полагал, придя к своей концепции «автономного Я», что следует говорить не о либидо, а о *нейтрализованной* энергии.

Понятие сублимации часто приводит к путанице: например, то, что сублимируется,— это не созданное произведение искусства, а сама по себе художественная активность; признанная ценность результата имеет небольшое значение. Ф. Паш считает, что художник вызывает у других сублимированное удовольствие предлагаемыми в неограниченном количестве образами, тогда как перверт предоставляет себе одному (или только похожим на него) образы реальности одного и того же типа. Именно это отличает порнографическое изображение (статичное и достаточно четкое) от художественной эротики (порождающей у другого самые свободные и самые разнообразные репрезентации). Перверсия ограничивает психические процессы, сублимация их расширяет, тем самым обогащая Я.

Итак, сублимация представляет собой *нормальный*, а не патологический процесс, естественно, при условии, что она не подавляет одна всю собственно сексуальную или агрессивную активность.

По этому поводу следует также условиться о том, что заключает в себе понятие сублимации: сублимация не является ни *реактивным образованием* (нуждающимся в противозагрузке, в которой Оно стеснено), ни *компромиссным образованием* (сознательное остается лишь неузнаваемым), ни *символизацией* (символическое выражение возврата вытесненного), ни *интеллектуализацией* (абстрактное формулирование), ни *рационализацией* (обоснование аффектов), ни *смещением* (замена репрезентанта влечения), ни *избеганием* (уходом от репрезентанта влечения), ни в особенности *подавлением цели*, с которым его часто путают и в котором реальная цель остается подавленной, но сохранной, ни с другим часто смешиваемым понятием — *идеализацией*, касающейся объекта, а не цели влечения и связанной не с объектным либидо, а с нарциссическим и Идеалом-Себя.

Ограниченное таким образом понятие сублимации сводится к новым целям влечения и интеграции Сверх-Я.

## ТЕОРИЯ

### ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Приступая к сжатому обзору основных механизмов защиты и не ограничиваясь при этом простым перечислением разрозненных процессов, можно считать с экономической и генетической точки зрения, что между многочисленными процессами защиты одновременно существует постоянное сочленение и иерархия различных уровней основных защит: вытеснение, несомненно, является основной защитой, с одной стороны, поскольку наиболее полно генитально проработано, с другой — поскольку в экономическом аспекте различных структур, даже в отношении невротических состояний, количественно занимает первое место.

Вытеснение располагает сетью дополнительных и вспомогательных защит, таких, как изоляция, смещение, сгущение, избегание.

Другая группа механизмов защит соответствует более радикальным и архаичным уровням, чем вытеснение, и явно выходит за невротическую и, по сути дела, генитальную орбиту; это в первую очередь раздвоение Я и раздвоение имаго с их спутниками: аннуляцией, отрицанием, отказом, фор-клюдией, проективной идентификацией, идентификацией с агрессором.

Проекция и интроекция занимают исключительное место благодаря их связи с идентификационной диалектикой Я и не-Я.

Наконец, сублимация может быть классифицирована лишь особым образом, учитывающим ее совершенно особенные свойства.

Все это демонстрирует нам жизненность, богатство и разнообразие защит, возможных у одного и того же субъекта. Этот субъект не может определенно трактоваться как «больной» лишь на основании присутствия того или иного механизма, считающегося грубым, если действие других механизмов достаточно свободно.

Патология заключается главным образом в отсутствии разнообразия, гибкости, тонкости и эффективности различных механизмов, свойственных защите индивида.

«Нормальный» субъект — это тот, кто располагает «хорошими» защитами, т.е. достаточно разнообразными, чтобы делать возможной игру влечений, не подавляя Оно и учитывая реальность, не беспокоить Сверх-Я, разрешая Я постоянно обогащаться в достаточно зрелых, чтобы позволять обмен и удовлетворение на подлинно генитальном уровне проработки, отношениях с другими. То есть рассматривая «другого» как другого «субъекта», отличного по природе, равного по различным качествам и дополнительного при взаимообмене.

Безусловно, это «нормальное» существо не может быть безупречно идеализировано: любое регрессивное явление, обязательное и весьма банальное во всем, что остается «человеческим», должно быть автоматически исправлено мгновенным и точным действием той или иной защиты, по возможности не очень дорогостоящей, но достаточно эффектив-

ной, чтобы как можно быстрее возвратиться в равновесное и реалистическое состояние, описанное выше. Это состояние равновесия не должно рассматриваться как утопически статическое или тревожащее, оно должно соответствовать некоторой средней оси, около которой нормальное Я не перестает колебаться, чтобы обогащать себя. Речь идет о том, чтобы идти тем самым навстречу многочисленным, более или менее серьезным происшествиям, подвергаящим риску любую судьбу.



## КЛИНИЧЕСКАЯ БЕСЕДА С ПАЦИЕНТОМ

Ж. БЕРЖЕРЕ и П. ДЮБОР

Мы не будем говорить здесь о проводимых психологом специфических исследованиях (таких, как проективные тесты или измерение IQ и т.д.), а остановимся на моменте, когда медицинские исследования закончены, обратившись к встрече собственно *психологического* типа.

Классические «наблюдения» могут существовать на различных уровнях, начиная с наблюдения «ботанического» типа, рассматривающего свой объект извне, и заканчивая психоаналитическим наблюдением (когда благодаря трансферу обнаруживается интегрированность исторической размерности объекта, наблюдаемого изнутри, в субъекте) через феноменологическое описание пациента, рассматриваемого «в ситуации».

Психологическая беседа является обычной практикой для психиатра и клинического психолога и проводится либо до медицинского обследования, чтобы подготовить пациента, либо после обследования, чтобы его дополнить, либо вне всяких чисто медицинских обследований в некоторых институционально немедицинских случаях (школьные проблемы, профориентация), когда могут обнаружиться патологические трудности, приводя нас тогда к первому варианту.

Психологическая беседа, и мы не устанем это повторять, прежде всего не должна рассматриваться по своей форме, равно как и цели, в каче-

стве медицинского обследования, но нельзя и превращать ее в столь соблазнительный для врача повод ускользнуть или уклониться от части своей ответственности; он может разделить ее с тем, чтобы, не отказываясь, принять ее на себя на базе более широкого набора возможностей.

В рамках психологической встречи нас не интересуют ни сами по себе симптомы, ни их соматическое проявление. Пациент не ограничен ролью пассивного объекта, как в обычном расспросе или техническом обследовании; с самого начала он занимает место *активного субъекта*, реального организатора своего собственного *способа общения* с психологом, выступающим в роли «реципиента» и «свидетеля». Это чисто интересубъективная позиция.

Психолог должен остерегаться интерпретировать с первого же момента (особенно в терминах «Эдипа», тогда как куда чаще речь идет о защитном «псевдо-Эдипе») речь пациента до полного понимания *целостной организации* дискурса. Не стоит ничего воображать *от себя* или *заранее*.

Первая часть беседы

Это не расспрос, а *слушание*. Субъект должен быть, насколько это возможно, удобно размещен.

Материальные (время, место, дистанция, деньги) и аффективные (нестесненность, искренность, эмпатия) условия приобретают крайне важное значение. Длительность беседы может быть от нескольких минут (с риском повторения встречи в случае слишком явного и кажущегося непереносимым страха) до часа, но никогда не стоит переходить эти границы. Заранее должно быть ясно, является ли этот акт платным (прямо или непрямо) или бесплатным — обстоятельство, которое не следует недооценивать.

Пациент должен располагать свободой спонтанной организации своего способа выражения взаимоотношений (слияние, анаклицизм, триан-гулярность), своего типа страха (расчленение, утрата объекта или кастрация), которые не следует смешивать; следует выделить основные варианты защиты, могущие простираются от вытеснения (основной тип защиты у невротиков) до раздвоения Я (у психотических пациентов), раздвоения имаго, отказа (от чего?) или проекции (в переходных состояниях), как и механизмы, сопутствующие вытеснению, такие, как смещение, отрицание и пр.

О симптоме лучше не говорить самому, предоставляя пациенту говорить о нем, когда и как он этого захочет. «Охота за информацией» — стиль, которого следует опасаться.

И, напротив, не следует забывать о том, как важно для психолога точно оценить вербальный стиль выражения, уровень эмоционального раз-



вития, степень адаптации к реальности, плотность дискурса, гибкость или ригидность поведения, более или менее эротизированную атмосферу диалога, мимику.

Способ, которым эти замечания собираются и переживаются психологом, нуждается в личной внутренней перепроверке на втором этапе, включающем определенную дистанцию, необходимую, чтобы лучше прислушаться к собственным чувствам по отношению к другому, т.е. к собственному контртрансферу.

Отметим при тех же условиях начало речи пациента, тон, установление дистанции в дискурсе (молчание, пауза, неприятие, остановки диалога), потребность в изоляции слушателя, контроле за ним, нейтрализации (некоторые пациенты говорят без остановки, чтобы избежать диалога), способ обсуждать страх или агрессивность, возможности идентификации, подавление (интеллектуальное или аффективное), адаптивные или защитные способности в новой и непредвиденной ситуации, легкость припоминания и проработки воспоминаний, стиль психической деятельности (фантазии, сновидения, поведение, умолчание, проекции), конфликты и защиты в их взаимодействии.

Выясняется, как устанавливается способ разъединения между сознательным, бессознательным и фантазматическими репрезентациями; выявляется место симптома на психическом уровне, на уровне поведения или же на соматическом уровне.

Различается «действие» разрядки (направлена на то, чтобы избежать этапа желания и его репрезентаций) и «действие» как вступление к вербальной проработке.

Вторая часть беседы

Эта часть включает в себя то, что не было высказано спонтанно и что следует, однако, выяснить, не давая возможности пациенту усомниться в технике, в той или иной степени вдохновленной классическим «допросом», всегда ощущаемой как прокурорская или полицейская и не могущей помочь даже мазохисту.

Мы хотели бы тщательно уточнить, что «беседа», предмет этой главы, в действительности касается совокупности психологических исследований путем прямого диалога в самом широком смысле этого понятия и не обязательно ограничивается *единственным* сеансом лицом к лицу (желательно без посредства какого-либо человека, стола или тем более «бюро»). Иногда желательно, если не необходимо (особенно, что касается данной второй части), увеличить количество диалогических сеансов, не превращая это тем не менее в психотерапию (сужая с этой целью зо-

## КЛИНИКА

ну интереса до точечных моментов, а не расширяя до случайного «расскажите мне о вашей жизни»).

С некоторыми субъектами иногда приходится быть настойчивым, предоставляя затем им, насколько возможно, говорить одним. Часто весьма помогает хмыканье или вопросительная мимика.

Речь идет о том, чтобы заполнить основные лакуны дискурса (притом без избыточного усердия и нерфекционизма, быстро становящихся беспокоящими и бесполезными), стараясь сначала выяснить, куда ведут «дыры» первой части.

Во время первой беседы или последующих (это не имеет значения) необходимо установить определенные моменты:

**Прошлые события личной жизни субъекта.** Где он родился. Откуда происходят его родители. Где последовательно он жил. Как протекало его детство. Его отрочество. Его учеба. Ее затруднения. Его возможная военная или гражданская служба. Естественно, говоря о себе, он должен сообщить свой возраст, профессию, свои трудности и желания.

**Родители.** Следует ненавязчивым образом собрать информацию об отце и матери: живы они или нет. Живут они вместе или отдельно. Их профессия. Возраст. Состояние здоровья. Характер. Как они ладят друг с другом. Кто главенствует. Прежний и нынешний стиль отношений субъекта с обоими из родителей. На кого, по его мнению, он больше похож.

**Сибсы.** Сколько у него братьев и сестер. Живых. Умерших (от чего, в каком возрасте). Их пол, возраст, профессия, здоровье. Состоят ли они в браке. С кем. Удачен ли их брак. Есть ли у них дети. Прошлые и нынешние отношения субъекта с его братьями и сестрами.

**Супруг (если существует).** Возраст. Профессия. Здоровье. Характер. Дата свадьбы. Длительность и обстоятельства «жениховства» (события, связанные с этим: «любовь с первого взгляда», вынужденный брак, семейные драмы или необычные обстоятельства и пр.). Как произошло знакомство. Каково было взаимопонимание в начале брака. Впоследствии. Кто был инициатором брака: один из супругов, родители, другой человек. Ожидание ребенка. Как был сделан выбор. Напоминает ли это отношения с кем-нибудь из родителей. Было ли это на самом деле по любви или же за этим скрывается сопротивление, доминирование над другим (супруг слабый, больной, не имеющий перспективы...).

Каковы были изменения ситуации семейной жизни: физические, социальные или эмоциональные.

Возможные внебрачные связи с той или другой стороны.

**Дети.** Количество. Возраст. Пол. Здоровье. Учеба или профессия. Были ли они желанными или нет.

Проблемы взаимоотношений с ними или между ними. Как ими занимаются (попустительство, принуждение, отсутствие всякого принуждения).

**Нынешнее состояние здоровья** пациента. Вес по отношению к росту. Общий облик. Отметим, что морфология также должна приниматься во внимание, как и наши реакции симпатии или дистанция по отношению к собеседнику. Необходимо также знать о внутренних болезнях, возможных несчастных случаях или осуществленных хирургических вмешательствах. Затем следует выяснить настоящее состояние, возможные расстройства пищеварения, сна, месячных, аппетита, поведение в отношении табака, алкоголя, кофе и пр., причем наиболее обыденным и, насколько возможно, естественным образом. Эта часть встречи не должна отделяться от остального диалога.

**Прегенитальность.** Оральность (пищевой и чувственный аппетит, потребности, жадность, сопротивление фрустрациям) и анальность (физическое и «моральное» переваривание, чистоплотность, педантичность, вязкость, отношение к деньгам, стиль пищеварительных выделений и аффективной экспрессии).

**Генитальность.** Совершенно естественным, само собой разумеющимся образом следует коснуться проблем мастурбации (навязчивой, отсутствующей, обыденной, с какими фантазиями), последовательных сексуальных влечений<sup>1</sup> (к мужчинам, женщинам или меняющихся в зависимости от случая), половых связей (в каком возрасте первая, как переживалась, как протекали впоследствии), случайных связей (с какой точно целью — заполнения пустоты, чтобы избежать одиночества или, напротив, чтобы избежать контакта, ограниченного двумя лицами).

Трудность психоанализа всегда заключается в выборе того, задавать ли вопросы сразу же, оказавшись перед лицом «молчания» пациента в промежутке между ними, или подождать следующей встречи. Если ничего не внушает опасения в задавании прямых вопросов, будет куда более неловко, если это будет воспринято как стеснительность и беспокойство в постановке этих самых вопросов. Весьма важно сохранять простоту и «здоровость» стиля, используемого в слушании субъекта. Без излишней стыдливости, но без «обнаженности». Существует столько же неловких способов оказаться слишком скромным, сколько и слишком любопытным...

Следует достаточно бегло коснуться **сновидений**. Не имея в виду (и не обладая возможностью) толковать сновидения, следует тем не менее прояснить ситуацию пациента в отношении сна и онирической проработки. Всегда ли он видит сны. Какого типа сновидения наиболее часты в течение ночи. В прежнее время. В настоящий момент.

Затем должны быть точно и тщательно оценены **социальные связи**: проблема профессии (перспективы, удовлетворенность, желанность).

<sup>1</sup> В оригинале: «attirance» — привлекательность, притягательность, тяга, т.е. влечение, имеющее коннотат оценки (*прим. пер.*).

## КЛИНИКА

Отношения с начальством. С коллегами. С подчиненными. Есть ли у пациента друзья («настоящие» или просто «приятели»). Много или мало. Раньше. В настоящее время. Как он развлекается (воскресенья, каникулы). Его хобби (спорт, искусство). И аккуратно заданный и зафиксированный точно, но с таким важным вопросом: предпочитает ли он жить в *одиночку* или в *группе*?

Всегда уместно закончить беседу тремя вопросами: о чем ему бы еще хотелось сказать? Чего он ждет от этой встречи? Что, *по его мнению*, с ним не так?

## Осмысление

То, что происходит во время беседы, не есть ни «случайность», ни «испытание», ни «обвинение». Это *срез жизни*. Это относительно типичный и повторяющийся опыт пациента, касающийся его конфликтов, его неудач, его желаний и его недостатков, его адаптации или менее удачных защит.

Во время этой беседы (или *этих* нескольких последовательных бесед) наступает момент, когда субъект не может более разыгрывать ситуацию так, чтобы скрывать свою глубинную личность. Если психологом выдерживаются все требуемые меры предосторожности, субъект вскоре последовательно и автоматически привнесет сюда свой *живой* способ отношений со своими страхами и фрустрациями, гневом и притязаниями. Глубинной структуре не остается ничего иного, кроме как медленно проявиться перед тем, кто умеет слышать, слушать, ни к чему не принуждая и принимая все, не делая выбора.

Психолог не должен проявлять ни страха, ни раздражения, ему следует найти для каждого естественный и спокойный стиль, пусть несколько лукавый, но реально и глубоко *аффективно искренний*, что прекрасно и сразу же ощущается любым собеседником.

Не следует быть ни слишком амбициозным, ни слишком торопливым или слишком «давящим»; следует также тщательно избегать часто встречающейся «корриды» бесед, проводимых излишне усердными «следователями», как неприемлемо и стремление быстро достичь «цели» (как если бы речь шла о казни); слушание поневоле остается неполным, фрагментарным, имеющим тенденцию к продолжению со временем. Нужно уметь останавливаться после тридцати-пятидесяти минут (чаще всего) в зависимости от субъекта до того, как у пациента появится досадное чувство опустошенности, «выпотрошенное™».

**Проблема молчания** редко упоминается авторами, однако следует уметь выдерживать его без нетерпения, но и без потворства. Пациент вполне имеет право молчать, но цель беседы предполагает, что он здесь

для того, чтобы говорить. «Слушание молчания» не должно вызывать у психолога ни гнева, ни желания пособничать.

По этому поводу не будет лишним настаивать на опасности выказывать определенную «любезность» по отношению к пациенту. Часто это форма изысканного пренебрежения, столь болезненно воспринимаемого пациентом, что его враждебная напряженность и реакция протеста весьма часто оказываются оправданными.

Следует тщательно избегать отвечать на садистические либо мазохистские провокации субъекта, уклоняться от соблазна доминировать над ним (будь то желание «все знать» о нем).

Следует знать и другую классическую ловушку: каждый раз, когда пациент слишком явно подчеркивает генитальные и эдиповские составляющие, то это для того, чтобы замаскировать хорошо скрытые прегенитальные конфликты, и каждый раз, когда пациент демонстративно подчеркивает прегенитальные элементы (оральные и анальные), то это с тем, чтобы скрыть нижележащие эдиповские и генитальные конфликты.

Это совершенно обычная уловка, но даже самые маститые аналитики попадают на нее, особенно те, кто работают с детьми или с отстающими в развитии взрослыми.

Любому, кто имеет дело с «психикой», обязательно следует принимать меры предосторожности (несмотря ни на что, часто недостаточные), чтобы не провоцировать субъекта на агрессивные, любовные или гомосексуальные чувства. Конечно, случаи «действий» такого рода остаются столь же чрезвычайными, сколь и известными, но неприятные переживания могут дестабилизировать и без всякого действия, и добросовестность требует их тем не менее избегать.

**«Окончание беседы»** — это выражение, не отражающее способа отделения двух собеседников: психологическая беседа на самом деле не имеет «окончания»; даже если психолог не должен впоследствии встречаться с субъектом, беседа может остаться *открытой*. Ее цель — поставить перед пациентом проблемы, более подлинные и глубокие, чем те, с которыми он к нам пришел. Пациент должен понять, что нет никакого смысла имитировать немедленное (*здесь и сейчас*) разрешение его проблем, реальных, но поверхностных, которые он чувствует и которые он выставляет на первый план.

Психологическая беседа не может представлять собой глубинную психотерапию. Если она иногда приобретает аспект ургентной психотерапии и нарциссической поддержки, то лишь в качестве побочного эффекта и без долговременных последствий. Психологическая беседа чаще занимает место *вступления*, в той же степени для пациента, как и для терапевтической бригады, к размышлению и решениям, касающимся выбора лечения и, конечно, возможной психотерапии как изменений, вно-

симых в случае необходимости в жизнь пациента (смена профессии, образа жизни или даже госпитализация).

\* \*

Что касается обобщающей и материализованной (более или менее) записи беседы, то ее объем и стиль существенным образом зависят от личности психолога и типа случая, представленного пациентом. В любом случае следует знать, что делать минимум записей в присутствии пациента и максимум после его ухода — наиболее мудрая практика, с одной стороны, позволяющая избежать излишнего страха у больного и, с другой стороны, обеспечивающая психологу наилучший синтез его проблемы.

# ПОНЯТИЕ СЕМИОТИКИ

П. ДЮБОР

## ОПРЕДЕЛЕНИЕ И ОБЩЕЕ ПРЕДСТАВЛЕНИЕ

В соответствии с общим принципом изучения **знаков** клиническим проявлениям *приписывается значение* (semiano: я означаю).

Будучи подлинным *дифференциальным* выделением [1,7], вдохновителем смысла, порожденного опытом пациента, идет ли речь о внешне пережитом, *поведенческом* и объективном или же о его внутреннем опыте, его собственно *субъективном переживании*, семиотика изучает проявления психопатологической организации пациентов, воспринимаемые наблюдателем в своих визуальных, чувствительных и эмоциональных презентациях.

Она вводит **выделение** уже в самой предварительной попытке группировки, с первой *означающей организации*, сразу же подвергающей знак осмыслению в контексте более широкой совокупности, которую он лишь оформляет.

**Дифференциальность** она привносит как слово в предложении (и если мне будет позволено продолжить это лингвистическое сравнение, которое не появляется нечаянным образом), как *парадигму*, включенную в синтагматическую организацию, чтобы внести в намечаемое им *структурирование* собственные *сигнификативные оттенки*.

Именно в этой двойной перспективе знака, с одной стороны, воспринимаемого как элемент достоверной дифференциации семиотического, парадигматического<sup>1</sup> значения, и, с другой стороны, как того же самого знака, с синтагмированного из более обширной совокупности, в которой он появляется как часть целого, большего, чем совокупность присущих ему частей, и заключается так называемое семантическое измерение, вторая сторона этого означающего элемента.

Это) две «основные» операции клинического восприятия знаков, которые с следует выделить. Мы полагаем приступить сейчас к их изучению, уточнив вначале, что по существу речь идет о некотором способе трактовки проблемы, который несколько не предусматривает какого бы то ни было отрицания других семиотических таксономии, на самом деле многочисленных и комплиментарных, как это ясно замечает в своем трактате А. Эй [2].

Как: любая попытка понять варианты личностных связей в развитии это исследование субъекта в ситуации отношения может быть лишь произвольно отделено от терапевтической деятельности, поскольку само по себе любое вступление в межличностный контакт влечет за собой динамические проявления на уровне личности пациента, которые способны модифицировать конституцию его я.

Из дидактических соображений мы будем продвигаться в данном случае *извне вовнутрь, от объективного к субъективному*, или точнее от уровня у максимальной объективации, приближаясь к его субъективности, никогда не забывая, что речь всегда идет об одном и том же опыте.

Начав с общего и внешнего описания, мы проследуем через *пережитый опыт* пациента к значению *актуального состояния* его организации, чтобы позднее достичь более фундаментального момента фиксации его объективных отношений и так называемой базовой структурной организации.

Следует отметить, что, хотя эта программа и не противоречит медицинскому понятию диагноза, ее следует, однако, более отчетливо дифференцировать от него ввиду значения, придаваемого этой проработке: я хочу здесь говорить преимущественно о прагматическом значении этого структурного определения, которое ни в коем случае не следует рассматривать как samozаконченное, заставляющее забыть о пациенте и его

правде---именно он в конце концов является объектом любого действия

в патопсихологии и ни в коем случае не может остаться простым наблюдением 1-й простой классификацией.

<sup>1</sup> Авторром используются понятия структурной лингвистики: парадигматическое знаковое отношение связывает на уровне означаемого с потенциальным запасом других знаков, родственных по смыслу; синтагматическое — на уровне означающего, сосуществование со смежными знаками того же сообщения (прим. пер.).



Это диагностическая переработка, очищенная от любого *таксономического* и *овеществленного* наведения, может быть на самом деле реализована наблюдателем или терапевтом не иначе, как *путем некоторой отсылки*, представляющей ему «пунктирным очерчиванием субъекта», *организующим вычленением направления*, а не *нозографическим ошейником*.

Так же как в *номинации* [4] слово стягивает к культурно *предустановленному* *означающему* определенные зоны *семантических репрезентаций*, способных к обогащению в развитии или *употреблении* слова, диагностическая номинация, фундамент начала понимания субъекта, должна усиливаться уточнением ее границ, но тем не менее без ограничения ее расширения, и в особенности без создания помех ее возможному реструктурированию.

В этом относительно долгом вступлении мы хотели подчеркнуть Глубокое значение семиотической работы, которое нам казалось важным уточнить. Способ, которым реализуется это семиотическое предприятие, непосредственным образом сказывается, как мы это видели, на пациенте и его личности, и поэтому мы хотели бы здесь его хорошо разъяснить.

Зато мы с намеренной краткостью, за которую бы хотели заранее извиниться перед читателем, изложим само содержание семиотического подхода. К тому же это очень хорошо проделано во многих работах, на которые нам часто приходится ссылаться; я могу лишь напомнить уже цитированную работу А. Эя [2], являющуюся, на мой взгляд, наиболее полной и зрелой из того, что написано по этому важному вопросу. Наша позиция дополняет классическую описательную семиотику, нисколько не упраздняя ее.

#### СЕМИОТИКА ПОВЕДЕНИЯ

Она будет первым этапом, на котором мы ненадолго остановимся, подчеркивая лишь первые значащие элементы, отмечаемые в контакте с пациентом.

■ Прежде всего *общий облик*, первое вытекающее из него субъективное впечатление, симпатия, непосредственная антипатия, болезненное или неприятное впечатление, вызываемое у нас первым контактом, представляющее реальные рамки будущих отношений. Отмечаемое впечатление силы или слабости, богатства или оскуденности, развивающееся в общую синтетическую оценку того, что мы можем заметить в манере пациента держаться, его жестикюляции, мимике, одежде, его возможностях вербального и невербального выражения.

■ В плане *воспринимаемой аффективности*: существуют **экспансивные субъекты**, кто много двигается, много говорит, возбужден, кричит, кто находится в эйфорическом состоянии, отвлекается, кто одевается фантастическим образом (неряшливо или «маскарадно»), адаптирован или неадаптирован, проявляя в своем поведении и манере одеваться свой *консерватизм* или *транссессию*<sup>1</sup>...

Есть субъекты, которые смеются, поют, те, кто не могут говорить, настолько сильно они кричат (как это бывает при мании), те, кто играют словами, которыми они иногда агрессивно или язвительно «изводят» окружающих, те, для кого любое событие есть повод для разговора или крика радости...

Встречаются **благодушные**, счастливые раз и навсегда, нечто вроде того, что наблюдается при некоторых органических деменциях, всегда довольные, по лицу которых блуждает вечная улыбка, не имеющая никакого отношения к реальности...

Бывают **скованные**, застывшие, чопорные, холодные, неподвижные, молчаливые, монотонные, безнадежно пустые, нейтральные и *нейтрализующие*, перед которыми сразу же испытываешь болезненное и омертвляющее ощущение, те, кто не испытывают *желаний* (или *дискордантны*), ограничиваются внешними воздействиями или манипуляциями (не в смысле желания манипуляции), как это часто встречается у шизофреников или при так называемых *неврозах характера*. Очень часто они не разговаривают, а если говорят, то ледяным, застывшим тоном, механически «изрекая» банальности (как дела?., нормально...) или некоторые общие места (говоря в этом случае *по-книжному*), или же для того, чтобы высказать мнение других (например, *голосом своего учителя*). Любопытно констатировать у них значительную недостаточность *функции фантазирования*, которая в той мере, в какой она является структурой организации желаний, оказывается, как и в случае речи, относительно сниженной. Эти пациенты могут использовать *аффективную разрядку* в форме *действия*<sup>1</sup> [6] или галлюцинаторных, или бредовых проявлений, в которых они очевидным образом более не занимают *позиции субъекта*. Проблема действия и его значения особенно тщательно была исследована в докладе Руара и последующих выступлениях в прениях на Конгрессе романоязычных психоаналитиков в 1967 году.

Наконец, другие, пребывающие в **депрессии**, грустные и подавленные, предъявляют нашему восприятию болезненный опыт страдания, такой, как у меланхоликов, всегда устремленных *к смерти и утрате люб-*

<sup>1</sup> Транссессия (transgession (фр.) — нарушение) — поведение, характеризующееся грубым нарушением принятых норм (прим. пер.).

<sup>2</sup> Важно дифференцировать два крайних аспекта действий: действия как разрядки, имеющие почти исключительное *экономическое* значение, и действия, способствующие созреванию, первый этап последующей ментализации (имеющие *семантическое* значение).

ей, в противоположность шизофреникам, которые «*мертвы*» или реально не существуют...

Можно отметить их грустную и скорбную мимику, скудность жестикуляции, их *речь* с подавленной тональностью, замедленным темпом, всегда мрачным содержанием, их, выраженным или нет, *желанием смерти*, вздохами или оханьем, являющимися иногда единственным языком выражения.

Встречаются пациенты, которые не могут ни подняться, ни есть, что иногда приводит их к смерти от голода, не способные к минимальному жесту в направлении *к жизни* (говорить, идти и пр.). Такие, что не одеваются, не умываются... Такие, что называют себя разрушенными, *обвиняющие себя во всем*, когда речь идет о преступлении в юридическом смысле, о кражах или о каком-то недостойном поведении. Существуют пациенты, считающие себя *проклятыми*, те, у кого «*больше нет ничего внутри, нет живота, желудка... крыши дома, половых органов...*».

Некоторые в конце концов **кончают самоубийством**, достигая в этом акте смертоносного осуществления своей жизни.

■ Что касается собственно *актуального психиатрического статуса*, то принято производить общую оценку **интеллектуальных функций** (либо с помощью тестов, либо иным образом).

Прежде всего оценивается больший или меньший уровень *бодрствования*, *выявляется просоночность или сомналенция*, *включенность*<sup>1</sup> (*пре-зентс*) или *абсенс*, *ясность или спутанность*, *обнубиляция*, *устойчивая или нет* (например, внезапный онирический делирий во время обнубиляции, как сновидение во время сна):

— хорошая или плохая ориентация во времени и пространстве;

— расстройства памяти (прошлые или на данный момент), ложные узнавания, компенсаторные конфабуляции при некоторых дементных амнезиях, как, например, при корсаковском синдроме;

— спонтанные и неспонтанные расстройства внимания;

— расстройства суждения и критичности;

— расстройства интеллектуальной деятельности, требующие уточнения, в частности функции символизации и абстракции, недостаточность или отсутствие обобщений — в общем все патологические проявления, которые могут оказывать сильное влияние на интеллектуальные способности пациента.

В особенности важно правильно оценить соответствующие дополнительные возможности деятельности **ментализации**, ответственной за

<sup>1</sup> В оригинале: *presence* — присутствие (*фр.*), термин, используемый для оценки степени включенности пациента в актуальную ситуацию.

репрезентацию в первичных *фантазматических и образных* процессах различных сформированных желаний и совокупности означающих вторичных проработок символического порядка. Это языковое оформление, дополнительный посредник которого — способность субъекта к образному воплощению действий *обобщения и абстрагирования*, являющихся двумя основными этапами *феномена сознательной ментализации*; дополнительные, но не антинормальные, эти две функции пересекаются, взаимно усиливаясь, в формировании *функции ментализации*, одновременно действенной в *экономическом* плане благодаря разрядке напряжения, к которой она приводит, и в *семантическом* плане через намерение, которое она обрисовывает... Их сочленение представляет точку «перегиба (флексии) силы и ее смысла», о которой говорит Рикёр [5].

Дальше будет видно, насколько эта проработка оказывается сложной при переводе деятельности выражения влечений субъекта, помещенного *ценой необходимого дистанцирования* в свой *комуникативный* универсум, в *язык* для самого себя (при *осознании*) и для других. Это дистанцирование оказывается иногда затруднительным и даже невозможным в силу аффективных причин, которые мы рассмотрим в следующей главе; весьма важно исследовать эти экспрессивные стили субъекта, которые неразрывно связаны патологической организацией мышления.

В дообъектных структурах невозможность дистанцирования препятствует *осознанию* и, естественно, *дискурсу* об осознании, который мог бы из него вытекать. В этом случае пациент вынужден иным образом выражать аффективные проявления; обычно это выражение через *действия*, в которые пациент «эвакуирует» свое влечение (экономическое значение разрядки), не осознавая его в речевой форме; это происходит *без желания, без осознания нехватки*, без травматизации крайне хрупкого *нарциссического всемогущества субъекта*.

В психозах период желания и фантазирования скрыт; опасный из-за последствий, которые он вызывает, этот период порой подменяется стерилизованными *«интеллектуализациями»* (в худшем смысле этого слова); тогда символический результат этой операции, благодаря своему *бесплотному* характеру, воспринимаемому с меньшим опасением, чем живое фантазматическое содержание, кажется совершенно безобидным.

Эти две одинаково защитные тактики дают основания для существования различных экспрессивных стилей. Первый легко приводит к использованию реальности для отрицания аспекта желания, присутствующего в каждой фантазии, он вызывает, как мы видели выше, *действенное*, разряжающее поведение (без или почти без *инсайта*).

Второй скорее приводит к омертвляющему интеллектуализму, в котором наблюдается псевдообсессивное преобладание интеллекта в

ущерб истинному эмоциональному переживанию: знак заменяет объект, что, как очевидно, куда менее продуктивно (ср. «слово "собака" не умирает» у Аристотеля).

■ Наконец, *уровень адаптации к реальности*, т.е. реальная возможность дистанцирования между субъектом и внешним миром, граница между неврозом и психозом или, если говорить в терминах объектных отношений, между дообъектным и объектным уровнями адаптации, очевидным образом является фундаментальным этапом клинической оценки уровня *персонализации* пациента.

С этой же точки зрения тревога должна быть оценена соответственно по двум типам, которые мы, правда весьма схематично, разделим на невротическую и психотическую.

**Невротическая тревога** возникает после формирования сепарированного Я как риск *утраты обладания* (без ущерба для самого существования пациента) — речь идет о тревоге *утраты удовольствия*, образцом которой является тревога *Эдиповой кастрации*.

**Психотическая, экзистенциальная тревога** возникает у субъектов с «дообъектным» объектным отношением, т.е. до автономизации Я, выражая *утрату существования*, причем *собственное существование* субъекта (описываемого, к сожалению, в терминах *утраты объекта*) оказывается сомнительным и ввиду самого факта этой утраты объекта (части его самого на этой стадии). Эта тревога характерна для *психотических* пациентов.

В рамках этой же проблематики мы будем рассматривать существование психопатологических проявлений, выражающих недифференцированность *проекции*, исходящей изнутри (еще не ставшей настоящим дифференцированным фантазмом), и *внешней реальности*, которые пока остаются спутанными у дообъектных личностей.

■ Мы встретим, таким образом, на уровне собственно мышления **бредовые проявления**, состоящие в принятии за реальность того, что на самом деле является недифференцированной проекцией вовне намерений пациента, намерений, которые он не опознает как собственные: это классический бред, *наличие, природа и уровень систематизации; сила бредовой убежденности*, и, наконец, *организующая тема*... К этому равно можно добавить бредовые ложные восприятия, называемые восприятиями без объекта или *галлюцинациями*; последние могут быть либо классическими сенсорными галлюцинациями (слуховыми, зрительными, обонятельными или тактильными), либо *психическими галлюцинациями* (внутренний голос, передача мыслей, автоматическое содержание сознания, привнесенное другими) — расстройствами, особенно тщательное определение которых дал Де Клерамбо в своем описании *психического*

*автоматизма* при психосенсорных галлюцинациях и форм его проявлений (моторного, идеаторного, идеаторно-вербального).

И, наконец, формирующиеся вместе с проективными феноменами, но развивающиеся, если можно так выразиться, в другом направлении! *интроективные* проявления, в особенности на уровне депрессивного Я.. *Интроекция плохого* объекта, с которой мы встретимся в клиническом! разделе, характеризуется невозможностью проецирования во внешнюю} среду плохой части субъекта или плохой связи, а также сохранением наа уровне *самого Я негативных свойств объекта* [3], который сам по себе не обязательно плох (он может быть плохим из-за своего отсутствия). ВЭ этих случаях Я целиком поглощает в себя плохие качества этого отсутствующего объекта, что объясняет характерную *депрессивную позицию*.. Субъект в этом случае поддерживает отношения с ослабленным объектом, но вследствие идентификации приобретает плохие качества *своегоо объекта*. Это объясняет фундаментальное «обесценивание» и падение *самооценки*, сопровождающее этот тип отношения.

#### БИБЛИОГРАФИЯ

- [1] Babthes (R.). — *Elements de semiologie*. Gauthier, 1964, p. 2-71.  
 [2] Ey (H.). — *Manuel de psychiatrie*. Paris: Masson et Cie, 1970.  
 [3] Freud (S.). — *Deuil et melancolie* (1917) // *Rev. franc, psychanal. Metapsycho-i-  
 logie*. Paris: Gallimard, 1952. [4] Jacobson (R.). — *Essais de Unguistique generate*. Paris: Les Editions de Minuitjt, 1963. [5] Ricoeur (P.). — Une interpretation philosophique de Freud // *La Nef*, n° 31, p. 1222. [6] Rouart (J.). — Agir et processus psychanalytique // *Congres des psychanalystex de langue romane*. Paris, 1967 // *Rev. franc, psychanal. no special*. 1968. 322, n° 5-6. Communications au Congres publiees dans le meme volume, de M. dde M'Uzan, J. Bergeret, Ch. David, M. Faim, etc. [7] Saussure (F. de). — *Cours de Unguistique generate*. Paris: Payot, 1968.

# I

## ПОНЯТИЕ НОРМЫ

ж. бержере

В соматической медицине часто обсуждалась проблема «нормы» и «патологии». Г. Кангилем посвятил исследование поиску отклонений в однородности и непрерывности на уровне этих двух понятий; он пришел к выводу о сужении в болезни зоны толерантности к среде. Для него «нормальный» человек — это тот, кто остается адаптированным к своей среде. Представляется, что эта концепция может быть использована и в психопатологии.

До работ З. Фрейда психиатры предполагали, что существуют, с одной стороны, так называемые «нормальные» люди, с другой — «психические больные», где среди других менее четких дефиниций обобщенно объединялись, несмотря на все допустимые различия, невротики и психотики.

Публикации З. Фрейда и его школы были в основном направлены на исследование комплекса Эдипа и неврозов. Они продемонстрировали, что в том, что касается основных контуров глубинных структур, не существует никакой фундаментальной пропасти между индивидом, считающимся нормальным, и невротиком. Впоследствии сформировалась тенденция разделения, с одной стороны, «здоровых» людей и невротиков (т.е. субъектов, личность которых организована вокруг Эдипова комплекса и под приматом генитальности) и, с другой — тех, у кого Эдипов

комплекс не занимает организующей позиции и для кого генитальная экономия несущественна.

Но современные исследования мало-помалу расширили область применения фрейдовских открытий в зону психозов, и стало все более и более очевидно, что существует столько же переходных зон между психозом и определенной формой «нормальности», сколько между неврозом и другой формой «нормальности».

В каждодневных, достаточно многочисленных наблюдениях показано, что личность, которая считается «нормальной», может в любой момент существования вступить в область психической патологии, включая тьюихоз, и, напротив, психический, даже психотический больной, хорошо и своевременно леченный, сохраняет все шансы вернуться в состояние «нормы». Так что сегодня более не рискуют слишком упрощенным образом противопоставлять «нормальных» людей «психически больным», когда рассматривают их глубинную структуру, предпочитая останавливаться на соответствующих статусу (наличному или на протяжении определенного времени) внешних проявлениях, в которых присутствует их структура, а не на изменениях структуры самой по себе.

Психопатологи проявят себя более осторожными и утонченными в своей дифференциальной диагностике, если будут определять концепцию «нормальности» независимо от понятия структуры. Таким образом они приблизятся к весьма мудрому мнению простого обывателя, полагающего, что любой человек находится в «нормальном состоянии», какими бы не были его глубинные проблемы, пока он справляется с ними и приспосабливается как к себе самому, так и к другим, не будучи ни внутренне парализованным этими принудительными конфликтами, ни изолированным другими (больница, приют, тюрьма), несмотря на неизбежные разногласия, возникающие при общении с ними.

Определенный таким образом здоровый человек — это не больной, игнорирующий свое состояние, а субъект, который чувствует в себе столько конфликтных установок, чтобы быть таким же больным, как многие люди, который не встречает на своем пути внешних и внутренних трудностей, превосходящих его унаследованные и приобретенные аффективные возможности, его личностные защитные и адаптивные способности, и который позволяет себе, верно } учитывая реальность, достаточно гибкую как в личностном, так и в "социальном плане, игру своих потребностных влечений, вторичных и первичных процессов. Однако, чтобы не пребывать в слишком теоретическом, если не идиллическом плане, следует различать «нормальные» и «псевдонормальные» личности.

Первые соответствуют невротическим или даже психотическим, не-декомпенсированным (и, возможно, никогда не декомпенсирующимся)



## ПОНЯТИЕ НОРМЫ

175

глубинным структурам, устойчивым и внутренне определенным, защищающимся от декомпенсации присущей им адаптацией, той, что расцветивает их разнообразные типы межличностного поведения «чертами характера».

«Псевдонормальные личности», напротив, не четко соответствуют стабильным и определенным глубинным структурам, например личности невротического или психотического типа. В том или ином смысле они не столь структурированы, они сформированы порой достаточно жестким, но всегда непрочным образом вследствие различных, не очень оригинальных приспособительных реакций, принуждающих их, с тем чтобы не впасть в депрессию, «играть нормальных людей», иногда даже избыточно «гипернормальных». Это в некотором роде защитная потребность в перманентной гипомании. Мы еще поговорим об этом при обсуждении пограничных состояний, и в особенности невротозов характера. Но хорошее чутье легко определяет в самых разнообразных социальных обстоятельствах этих «исключительныхшидеров» (за которых цепляется столько других разочарованных нарциссов), которые просто-напросто неистово борются лишь со своей структурной незрелостью и фрустрациями, стараясь любой ценой избежать депрессии, от внезапной опасности подвергнуться которой тем не менее никогда невозможно ускользнуть. И сколько же «маленьких гениев» ведет себя подобным образом в своей семье, своем квартале, жизненном окружении, на работе.

Таким образом мы рискуем прийти к дважды двусмысленной концепции понятия нормы. Поэтому представляется разумным сделать дополнительное отступление от этой концепции и органичиться рассмотрением результатов, обратившись к термину «хорошо себя чувствующие», какой бы не была форма адаптации к «норме» или «псевдонорме», которую мы постараемся уточнить и определить.

### БИБЛИОГРАФИЯ

- Bergeret (J.). — Personnalite normale et pathologique. Paris: Dunod, 1974. Canguilhem (G.). — Le normal et le pathologique. Paris: P.U.F., 1966. 226 p. Diatkine (R.). — Du normal et du pathologique dans revolution mentale de Г enfant // Psychiatr. enfant. 1967, n° I, p. 1-42. Minkowski (E.). — Ala recherche de la norme en psychopathologic // Evol. Psychiatr. 1938, n°1.

## ПОНЯТИЕ СТРУКТУРЫ

ж. бержере

Невозможно разумно оценить отдельную клиническую картину, не обратившись к ясной и точной концепции глубинной экономической организации пациента в психическом плане и структурным ориентирам, определяющим его стабильность. Таким образом, это единственное, что позволяет сформировать идею способа, в соответствии с которым психика больного организована и который соответственно должен быть понят и истолкован.

На протяжении последних десятилетий продолжает царить некоторая путаница в смысле, придаваемом определениям «невротический» и «психотический».

■ Слишком часто говорят о «психотическом» *симптоме*, имея в виду бред или галлюцинации, или о «невротическом» симптоме, предполагая конверсионную истерию, навязчивый ритуал или фобическое поведение. Во-первых, в этом есть риск диагностической ошибки: бредовый эпизод можно встретить вне всякой психотической структуры; фобия не всегда (и даже достаточно редко) имеет невротическую этиологию и пр. Затем, что особенно важно, наличный симптом можно оценивать только с точки зрения его относительного, отношенческого и экономического значения, например в игре защитных процессов.

В связи с этим представляется более осторожным, особенно если нет уверенности в глубинном структурном диагнозе, продолжать на первых этапах использовать достаточно гибкие формулировки «ожидания», такие, как, например, симптом «невротического *порядка*» или симптом «психотического *порядка*», чтобы лучше продемонстрировать нашу осторожность и нашу заботу об уточнении предполагаемого типа глубинной экономической организации.

Это не имеет ничего общего с потребностью в подстраховывающей классификации, а, напротив, способствует наилучшему пониманию психических процессов, определяющих реальную тактику больного по отношению к себе самому и по отношению к другим, в частности по отношению к терапевту, которое мы должны принять и использовать.

■ Можно полагать, что такая же путаница существует на уровне *защитных процессов*. На самом деле не так уж редко можно встретить защиту так называемого «невротического» типа (включая симптомы) в системе защиты подлинно психотических структур против угрозы разрушения, и, напротив, встречается защита «психотического» типа (включая симптомы), маскирующая эдиповские истоки конфликта в сердцевине настоящей невротической структуры, или просто случаи острой или преходящей «деструктуризации» (травматической или даже терапевтической) организации любого типа.

В случае любой защиты предпочтительней говорить о «невротическом» или «психотическом *стиле*», чтобы неловким и ложным образом не опередить аутентичную структурную диагностику.

■ Другая путаница касается хронологии, этиологии, момента истории, с которого мы начинаем использовать термины «невротик» и «психотик» как функцию исторического и экономического означения наличного *эпизода*.

То, что известно о типичных условиях некоторых защитных механизмов, или то обыденное значение, которое придается некоторому уровню регрессии Я и либидо, приводит нас иногда к тому, что мы слишком поспешно говорим о «невротической» или «психотической структуре», а проще о «неврозе» или ««психозе», как только встречаемся с эпизодом, в котором проявляются подобные механизмы или регрессии.

Опасным образом мы перескакиваем к понятию структуры, уже квалифицируя в качестве «невротического» или «психотического» мимолетное состояние эволюции (или трансформации) личности, состояние пока еще непрочное и смутное, когда Я еще не полностью достигло своего созревания, не упрочило своей полноты и границ, не осуществило окончательного выбора механизмов защиты, к которым оно будет прибегать, чтобы установить свое отношение с внутренним объектом.

В пределе ошибка, и в особенности поспешность, которую мы проявляем, приводят более или менее парциальную и пока еще плохо пройденную соматопсихическую недифференцированность к описанию в терминах «структур».

Подобное использование терминов, относящихся к последующим и пока недостижимым, более проработанным и более фиксированным типам организации, формирует, по меньшей мере, предвосхищение (и часто прогностическую ошибку), способное породить большое количество отно-шенческих, социальных и терапевтических недоразумений. Как карточка, иногда сомнительная, помещенная в изголовье кровати, оно впоследствии затрудняет пациенту избежать predetermined роли, которую вся медицинская, социальная и воспитательная системы ему навязывают. Если он противостоит им непредусмотренным поведением или развитием, существует риск принятия законного протеста за агрессивность, которую поддерживает нарциссическое расстройство и которую следует подавлять.

Это обычный случай у детей или подростков, демонстрирующих внешние знаки, которые могут напоминать явления, родственные психотическим. У взрослых это также случай некоторых преходящих состояний зыбких идентификаций или даже относительно неустойчивого чувства идентичности, например, в периоде, следующем за родами, травмами, хирургическим вмешательством (особенно на открытом сердце). Все это может привести к определенной модификации схемы тела, а также мобилизовать серьезные разрядки влечения, не касаясь структурных психотических основ. Речь идет о простом эпизоде, часто не имеющем последствий и не затрагивающем структуры.

Не годятся даже термины «предпсихоз» и «препсихотически» или «преневротически» организованное Я. Эти наименования должны строго предназначаться структурным производным, в отношении которых существует уверенность, что у них есть все основания оставаться окончательно фиксированными в тот или иной тип организации и развития, который мы определим далее.

■ Оба термина «невротический» и «психотический» (или проще невроз и психоз) одинаково используются для описания *болезни*, т.е. очевидного состояния декомпенсации, к которому приходит структура в результате глубокой и устойчивой неадаптивной организации субъекта в новых внутренних или внешних обстоятельствах, ставших более сильными, чем средства защиты, которыми он располагает.

Если диагностика корректно основывается на глубинных экономических данных, а не только на внешних поверхностных знаках, использование терминов «невротический» и «психотический» оказывается обоснованным в той степени, в какой оно обращается к аутентичной структуре пациента.

■ Но помимо проблемы болезней в развитии и лечении существует множество способов уместного применения определений «невротический» и «психотический» с четкой отсылкой к понятию *структуры*, для которой болезнь есть не более чем одна из случайностей развития.

3. Фрейд в «Новых лекциях» говорит, что если мы уроним кусок минерала, имеющего кристаллическую форму, он разобьется, но не случайным образом: скол пройдет по линиям расщепления, границы и направление которых, хотя и внешне невидимые до этого момента, уже своеобразным и незабываемым образом predeterminedены типом структуры, исходно присущей кристаллу.

То же самое относится и к психической структуре. Мало-помалу, начиная с рождения (и, без сомнения, раньше), в соответствии с унаследованными определенными факторами, в особенности стилем отношений с родителями, в зависимости от случившихся фрустраций, травм и конфликтов, от защит, сформированных Я, чтобы оказывать сопротивление внутреннему и внешнему давлению, влечениям Оно и реальности, постепенно организуется индивидуальная психика, «кристаллизуется» совершенно так же, как сложное химическое соединение, совершенно так же, как минеральный кристалл, со специфическими линиями расщепления, которые не могут в дальнейшем изменяться.

Таким образом, мы достигаем подлинной устойчивой *структуры*, две специфические модели которой представлены невротической и психотической структурами.

Тем не менее пока субъект, соответствующей той или другой структуре, не подвергается слишком интенсивным внутренним или внешним воздействиям, эмоциональным травмам, фрустрациям или слишком сильным конфликтам, он не становится «больным». «Кристалл» остается целым. Но если вследствие неких событий «кристалл» разбивается, это не может произойти иным образом, как по линиям напряжения (и разрыва), предустановленным в юном возрасте. У субъекта с невротической структурой может развиваться только невроз, а у субъекта с психотической структурой — только психоз. Подобным же образом, но наоборот вовремя и правильно леченный первый субъект может выздороветь лишь по мере новой компенсации невротической структуры, а второй — психотической структуры. Этот способ восприятия положения вещей не должен вести ни к какому пессимистическому суждению; речь идет просто об осознании всеобщей и обыденной психологической реальности.

Устойчивость подлинных структур тем самым включает в себя присущую ей невозможность перехода невротической структуры в психотическую (и наоборот) начиная с момента, когда Я специфицируется и организуется в том или ином направлении. Наиболее «невротические» из психозов и самые «психотические» из неврозов никогда не сходятся на общей линии

организации Я. В невротической структуре незыблемым элементом является организация Я вокруг генитальности и Эдипова комплекса; конфликт располагается между Я и влечениями, вытеснение репрезентаций влечений доминирует над другими защитными процессами; объектное либидо остается действующим, и вторичные процессы сохраняют эффективность, признавая понятие реальности. В психотической структуре, напротив, отказ (а не вытеснение) касается целой части реальности, доминирует нарциссиче-ское либидо, берут верх первичные процессы, имеющие принудительный, непосредственный и автоматизированный характер; объект в значительной степени разгружен и существует в зависимости от клинических форм в веере архаических и дорогостоящих для Я защит.

Конечно, в психопатологии существуют не только два единственных семейства — психотическое и невротическое. Иные типы организации будут описаны далее как занимающие *промежуточную позицию* между устойчивыми невротической и психотической структурами: здесь речь идет об обширной категории пограничных состояний с их депрессивными или фобическими аспектами, а также производным адаптирующим развитием в виде перверсий или патологии характера.

Но «промежуточная позиция» не означает здесь нозологической ситуации, близкой к одной или другой из двух крупных структур; оставаясь полностью специфической, она ни в коей мере не образует термина перехода от одной из описанных выше структур к другой.

Промежуточное семейство, напротив, представляется организацией более хрупкой, чем две другие структуры, и неаутентичной, фиксированной и необратимой «структурой». Если клинический опыт подтверждает, что ни психотическая, ни невротическая структура не может переходить в другие структурные семейства, то тот же клинический опыт показывает (см. гл. 7), что промежуточное семейство — организация, реально не структурированная в строгом смысле термина,— может, напротив, в любой момент окончательно кристаллизироваться в одной из соседних и более прочных рамок, образуемых невротическим или психотическим семейством.

#### БИБЛИОГРАФИЯ

- Bergeret (J.). — Les etats limites // *Encycl. med.-chir. Psychiatric* T. III, 37.395 A 10, 1970, Paris, p. 1-12.
- Bergeret (J.). — *Personnaliti normale et pathologique*. Paris: Dunod, 1974.
- DiATKiNE (R.). — Du normal et du pathologique dans revolution mentale de l'enfant // *Psychiatr. enfant*. 1967, n° 1, p. 1-42.
- Freud (S.). — *Nouvelles conferences sur la psyclianalyse*. Paris: Gallimard, 1932. 248 p.
- Green (A.). — Pour une nosographie psychanalytique freudienne // *Conf. Inst. Psych-anal.* Paris, 1962.

**п**

## **НЕВРОТИЧЕСКИЕ СТРУКТУРЫ**

### **Ж.-П. ШАРТЬЕ ПОНЯТИЕ НЕВРОЗА**

В клинических описаниях невроз появляется относительно поздно, лишь в конце прошлого века. Эта клиническая сущность была с большими трудностями отделена:

- от нервных болезней в собственном смысле (эпилепсия, болезнь Паркинсона);
- от самого по себе сумасшествия, того, что в научных терминах мы называем психозом.

Окончательное признание невроз получил вместе с психоанализом.

В настоящее время вновь появились сложности выделения этой сущности как с теоретической, так и с клинической точки зрения, она даже была исключена из номенклатуры психических болезней DSM-III.

Несомненно, что любое определение невроза гипотетично из-за существенной двусмысленности: речь идет об индивидуальном или о семейном неврозе? Мы основываемся на унитарном представлении о неврозе.

Путь, которым мы к этому придем, требует на первом этапе их различения.

В целом можно предположить, что невроз, будучи прежде всего индивидуальным, может благодаря расширению приобретать семейную форму. Наконец, случается, что индивидуальный невроз получает особый смысл в рамках семейного невроза.

## Индивидуальный невроз

■ *Классическое представление о неврозе или невроз по первой фрейдовской топике.* Он целиком основан на принципе истерического вытеснения. Так, Фрейд в случае Элизабет фон Риттер повествует о женщине, которая неожиданно заметила, что думает о том, что ее деверь станет «свободным» после кончины ее сестры. Эта невыносимая мысль вытесняется и дает появиться симптоматическим производным лишь после смерти ее сестры. Фрейд расшифрует их и позволит Элизабет подойти к вытесненному желанию. Отсюда и эта простая идея, основная неявно подразумеваемая предпосылка невроза: поскольку осознание позволяет излечивать симптомы, невроз есть продукт вытеснения, и прежде всего вытеснения, касающегося сексуальности.

Реально ситуация была не столь простой, поскольку данная концепция истерии использовалась без учета и выделения Эдиповых последствий глубинного ряда и инцестуального желания.

Элизабет не только не замечает постыдного сексуального желания, но и проигрывает триангулярный Эдипов сценарий, включающий в себя весьма существенное инцестуальное желание, рискующее пройти незамеченным. «Инцестуальное» представляет иную сторону сексуальности, которая сможет быть схвачена во всех своих измерениях лишь во второй топике, отчего и рождаются терапевтические и теоретические иллюзии упрощенной концепции истерии первой топике.

■ *Современная концепция невроза или невроз по второй фрейдовской топике.* Его симптоматология намного более расплывчата, что приводит к значительным диагностическим трудностям. Обычно мы оказываемся перед страданием, в котором алчность смешивается с фрустрацией до такой степени, что можно было бы предположить, что невроз характеризуется желанием любой ценой восполнить вехи, отсутствовавшие в нормально прошедшем либидинальном развитии.

Патологические изменения в этой перспективе являются не более чем случайностями формирования жизненных судеб.

Первый ориентир, однако, намечается более или менее очевидным и всегда воспринимаемым образом: таким ненасыщаемым характером требований, такой жадностью, что никакой «реванш» никогда не может им соответствовать. Эта неутолимая потребность может принимать крайне разнообразные формы, как истерические, так и характерологические, вплоть до паранояльных. Невротическая депрессия, напротив, может выходить на первый план, скрывая яростное кверулянтство, заключенное в принципе «все или ничего» или даже скорее затаившееся в бо-



лее или менее обсессивном и трудном для выявления пассивном всемогуществе. Этот фундаментальный ориентир не должен заставлять забывать об обширности требуемых прав. Отрешенность в виде «небытия» не входит в программу невротической судьбы. Напротив, учет этой двойной поляризации позволяет представить более ясным образом лишения или даже детские травмы и другим взглядом оценить здоровые инфантильные основания, могущие все объяснить. Таким образом, последствия детской фрустрации проявляются скорее как недостаточность проработки, трудности запуска работы траура, чем как закоснелые и вытесненные действующие силы.

■ *Бессознательное невроза* требует выявления его экзистенциальной стороны, фрустрации и ненасыщаемости, даже если ориентиры его основания, на первый взгляд, утрачены.

Я становится частично бессознательным, эротизация садистического Сверх-Я создает загромождающее образование, и невротические силы уже не только являются вторичным продуктом вытеснения, но совершенно прямо связаны с Оно, со всей его дезорганизирующей мощью.

Проявление всемогущества влечения может быть описано в форме базовой жестокости (Ж. Бержере).

Выявляется зависимость, одновременно непризнаваемая и яростная, вариант регрессивного отношения, которое некоторыми исследователями описывается как «либидо в поисках объекта» (Файрнберн).

Эти две точки зрения, как нам кажется, фиксируют основные проявления видимой ненасыщаемости, приобретают в бессознательном особую форму.

Прежде всего они образуют два типа объектных отношений, которые, как это предвосхитил Фрейд в статье 1914 года «*К введению в нарциссизм*», создают прообраз определенного запечатления, предваряющего триангулярную конструкцию Эдипова комплекса. Более того, его конденсация естественным образом содействует инцестуальному желанию: как на самом деле ребенок, лишенный убедительных биологических аргументов, мог бы набраться дерзости вторгнуться в проблематику родительских желаний? Ему требуются солидные основания, такие, как соединение безмерного всемогущества влечения и неистового желания вернуться к зависимости фетального типа<sup>1</sup>.

<sup>1</sup> По этому поводу можно сделать многочисленные замечания.

1. Известно, что существуют споры между приверженцами генетического Эдипова комплекса и теми, кто, напротив, считает, что Эдипов комплекс реконструируется в каждом поколении, — позиция, по меньшей мере, более живая. Сформулированная гипотеза о некотором запечатлении, предваряющем Эдипов комплекс, могла бы предоставить направление для научного исследования.

Таким образом, инцестуальное желание, создатель Эдипова комплекса, является прототипом типичного невроза.

■ **Символические инцестуальные образования.** Уже будучи весьма непростой, ситуация зачастую усложняется по мере того, как инцестуальные поползновения становятся не просто более или менее регрессивными элементами эдиповского конфликта, плохо связанными, слабо конфликтными, едва или совсем не проработанными, а активными феноменами, происходящими из родительского бессознательного, продуцирующими то, что мы можем назвать «символическими инцестуальными образованиями», которые замораживают процессы идентификации в системе относительно безвыходных повторений.

Они проявляются в полном объеме уже в ситуации семейного невроза, который есть в конце концов не что иное, как частный случай невроза, но случай особый, приводящий чаще всего к наиболее патологическому невротическому состоянию и даже уходящий за его пределы, к пограничным расстройствам или же к психозу.

#### Семейный невроз

Можно было бы сказать, что семейный невроз по определению существует тогда, когда инцестуальное желание ребенка зеркально отражается его родителями, становящимися в этом желании получающей стороной.

Следует ли в той мере, в какой все родители в мире сталкиваются с этим желанием, и поскольку практически не встречается «чистых» ситуаций, в которых инцестуальное желание ребенка тем или иным образом не оказывается в состоянии сообщничества со взрослым, следует ли, что все неврозы исходно являются семейными неврозами?

2. Представляется, что в отсутствие инстинктивной детерминации маленького человека существуют только два возможных пути:

— путь загрузки влечением — вариант «всемогущественного влечения»,

— возвращения к абсолютной зависимости.

3. Это именно то, что отмечается у ребенка, переходящего от все сильного каприза к самой полной покорности. Он как бы предается крайностям, пока не может интроецировать более устойчивые идентификации. Можно также задать вопрос, не характеризуют ли эти переходы от всемогущества к абсолютной зависимости столь драматический и долгий период детства.

4. Наконец, в спорах, разделяющих сторонников «полностью объектного» с самого рождения (кляйнианцы) и сторонников (более фрейдисты) безобъектного нарциссизма («Но если он существовал, то как можно из него однажды выйти», — справедливо замечают в *«Психоаналитическом словаре»* Лапланш и Понталис), разрешение обеих позиций, безобъектной и объектной, с колебанием от одной к другой, могло бы оказаться выходом, допустимым тем более, что он содержит одновременно и внутреннюю динамику, и своего собственного надзирателя. Таким образом, всемогущество становится границей зависимости и наоборот.

К тому же не в этом ли климате взаимного соблазнения (Ж. Лагаш) может установиться система влечений типа любви-ненависти?

Однако существуют ситуации, в которых символическая инцестуальная связь занимает все место и становится основным элементом истории судьбы (например, история, которую рассказывает Роман Гари по поводу своего детства в «Обещании на рассвете»<sup>1</sup>).

Кроме того, можно сказать, что если существует типичное невротическое ядро, то существуют и типичные инцестуальные символические ситуации, чаще всего связанные с родительской депрессией.

— Симптоматическая и *видимая часть* не всегда показательна, поскольку она характеризуется объектными отношениями, где доминируют систематическое овладение и куда более скрытая взаимная зависимость.

Эти два элемента обуславливают ригидное психическое функционирование с периодически возникающими, взрывчатыми, фрагментарными характерологическими и даже иногда более грубыми разоблачениями.

— *Невидимая часть*, как правило, выявляется лишь задним числом или в процессе психоанализа. Речь идет прежде всего о важнейших неявных запретах, первым следствием которых является стерильность вербального общения. Насколько неявные запреты менее обходимы, настолько дети всласть наслаждаются явными запретами. По умолчанию запрещено говорить не только обо всем, что относится к сексуальному, но и обо всем, имеющем черты какой-либо воображаемой жизни. Какие-то из этих запретов касаются семейных табу, связанных со старыми или недавними семейными секретами (усыновление, внебрачные братья или сестры, инцест, болезнь, серопозитивность к вирусу СПИДа), либо просто любых внешних событий, рискующих нарушить адаптивный стиль семьи и вытекающие из него семейные обычаи. Так, многие дети не могут говорить с родителями в семейных беседах об обыденных событиях (школьных или дружеских хлопотах, болячках или различных болях, окружающих событиях, даже о появлении месячных). Наиболее выраженные формы этих семейных неврозов приводят к систематизации, которую мы позаимствуем из описания, данного школой Пало Альто по поводу «double bind»<sup>2</sup> и относящегося, на наш взгляд, преимущественно к патологическим неврозам. Мы остановимся на этой «двойной связи» не из-за парадоксального аспекта, который, как нам кажется, отмечает лишь игру внешних проявлений, а скорее из-за оппозиции между эксплицитными и имплицитными предписаниями, роль которой представляется нам совершенно иной. Это внешнее противоречие не представляет собой проблемы, поскольку эксплицитные предписания

<sup>1</sup> См.: Гари Р., Обещание на рассвете. М., 1999 (*прим. пер.*)

<sup>2</sup> Двойная связь (*англ.*) (*прим. пер.*).

(«здоровый парень, когда ты начнешь бегать за девочками») созданы для того, чтобы постоянно показывать, что разговоры ни к чему не приводят.

Воспринимаются лишь имплицитные предписания («ты прекрасно знаешь, что тебе хорошо только с твоей матерью»), образующие ткань неявных запретов, где действуют базовые инцестуальные символические связи. С. Палазолли описал семейное поведение «рассогласованного подтверждения», соответствующего семейным невротическим действиям, приводящим к максимальному снижению личностных репрезентаций аффектов и мира.

Чтобы сформировать психоз, требуется более глубокий разрыв аффективных связей, оставляющий свободное поле для наводящих ужас возбуждений<sup>1</sup>, так что по большей части подобное поведение относится к неврозу.

По этому симбиотическому описанию связей мать—ребенок также видно, что мы недалеко от лакановской концепции форклюзии, перенесенной на имя отца. Эта материнская исключительность содержит по существу изъяты не только имени, но образа отца ребенка в ее собственной голове в пользу ее отца и, следовательно, ее собственного нарциссизма.

В этом смысле значение символического отца кажется нам первостепенным, но его отсутствие характеризует главным образом наиболее патологические неврозы, но не психозы. На протяжении многих лет миф о форклюзии имени отца как основной этиологии психозов не оспаривался. Но кажется, что сегодня следует вернуть неврозу то, что ему принадлежит.

Итак, систематизированная инцестуальная реализация, будучи либо исходно, либо компенсаторно символической, образует основную базу патологических неврозов: Серж Леклер, наблюдая случай Obsessive neurosis, награждает ее словечком «обожаемая тюрьма».

Остается представить природу связи, объединяющей эти инцестуальные символические образования (даже просто инцестуальные), с родительской депрессией. Не вызывает сомнений, что их глубинное значение неизбежно имеет аддиктивный порядок, что-то вроде патологической компенсации того же типа, что бред при психозе. В целом это похоже на то, как если бы в этих «инцестуальных» случаях воздействие на другого не могло быть осуществлено иначе, т.е. более эдиповским способом. В этом смысле Эдипов конфликт можно рассматривать как «открытое» выражение инцеста, которое в существенной степени замещается сложными идентификациями, в противоположность «скрытому» инцесту, систему идентификационных образований которого мы опишем и который яв-

<sup>1</sup> См. главу «Психотическая вселенная», касающуюся гипотезы этиологии психозов (с. 226)

ляется намного менее подвижным, проходя без достаточного количества промежуточных самых идеализированных или самых омертвляющих идентификаций.

#### ТИПОЛОГИЧЕСКОЕ ЭДИПОВСКОЕ ЯДРО

Итак, сексуальный конфликт невроза находится на генитальном эди-повском уровне, даже если защитные способности и приводят к фиксации прегенитальных путей регрессии (анальных или даже оральных). Конфликт у мальчиков вытекает из эдиповского соперничества с отцом в стремлении завоевать мать. Это стремление уходит одновременно с нежными чувствами по отношению к отцу и боязнью его ответных мер<sup>1</sup> (кастрацией). Наконец, и самое главное, действует место, занимаемое отцом в голове матери.

Запрет отца интериоризуется, так что считается, что *Сверх-Я* — «наследник Эдипова комплекса». В то же самое время идентификация с последним проецируется в будущее обладанием женщиной. Детская мастурбация, нечто вроде галлюцинаторного участия в первичной сцене, чаще всего заканчивается с упрочнением Сверх-Я. Ее оживление в подростковом возрасте оказывается, таким образом, под ударом выраженного чувства вины; страх деструкции или болезни половых органов в связи с мастурбацией есть наиболее очевидное проявление страха кастрации.

Позиция девочек не точно симметрична из-за смены объекта (материнской заботы — на любовь отца) и анатомической кастрации (см. женский Эдипов комплекс при истерии, с. 209).

#### Эдиповские идентификации

Идентификации маленького мальчика с отцом, а маленькой девочки с матерью являются наиболее очевидными наследниками Эдипова комплекса. В реальности это не единственный исход, и установление этого наследования остается весьма проблематичным.

Прежде всего этот способ разрешения Эдипова комплекса остается частичным, и инцестуальное желание продолжает существовать, хотя и в смещенном виде (см. «*Незрелость*» или «*Последнее танго в Париже*»), и именно оно попадает под удар Сверх-Я. Рассматриваемая под этим углом идентификация с родителем того же пола представляет лишь

<sup>1</sup> В оригинале: «*retortion*» (*фр.*) — юридический термин, означающий обращение аргумента против противника.

особый случай судьбы либидинальной загрузки, недостаточной по отношению к беспрестанному возвращению влечения к своей инцестуальной участи. Один из доводов заключается в том, что эти «гомосексуальные»<sup>1</sup> идентификации не сами собой разумеются и даже на разных основаниях могут быть радикально затронуты у обоих полов.

Во-первых, у мальчиков идентификация с отцом ставит под сомнение инвертированный Эдипов комплекс, т. е. женскую позицию маленького мальчика по отношению к отцу. А эта позиция трудно переносима в той мере, в какой она обуславливает кастрацию.

Во-вторых, у девочки идентификация с эдиповской матерью не проста потому, что в ее тени вырисовывается образ фаллической предэдипо-вой матери. В частности, гомосексуальная идентификация, пройдя сквозь таинства господства и зависимости, характеризующие это имаго, с трудом находит свое место.

Но существует и третий выход, нечто вроде проселочной дороги, который занимает значительное место — это **идентификация с родителем противоположного пола.**

Недостаточно иметь в виду, что она является естественным наследником инвертированного Эдипова комплекса. Ее место в исходе Эдипова комплекса таково, что следует даже говорить о прямой, хотя и гетеросексуальной, эдиповской идентификации. В сущности, если наличествует отречение от инцестуальной реализации, гетеросексуальная идентификация все же позволяет сохранять привилегированные связи с эдиповским родителем или, по крайней мере, с его образом.

Речь идет не о том, чтобы рассматривать этот тип идентификации в качестве патологического. В частности, он необходим для реализации гетеросексуальной либидинальной жизни: на самом деле, для обоих полов половой акт требует обоих типов идентификации — мужского и женского. Он совсем не предрешает сопровождающей его гомосексуальной идентификации.

Так, некоторые женщины, вирильные в своей социальной жизни, сохраняют в то же время женскую позицию в их частной жизни. И напротив, когда гомосексуальная идентификация лишь намечена, существуют притязания на женственность в социальном плане для смягчения неудач, а на мужественность — в частном, чтобы подстраховаться от них.

Если некоторые мужчины боятся потерять их вирильность за кухонным столом, то другие отстаивают и реализуют «свое материнство» подле своих детей. И то, и другое совершенно не предрешает того отношения, которое может проявиться в вирильной позиции.

<sup>1</sup> В данном случае «гомосексуальные» используются в прямом значении — «того же пола» (*прим. пер.*).

Но все же следует провести различие между мужчинами и женщинами. На самом деле вирильная идентификация женщины имеет преимущественно эдиповский характер, т.е. близка к своему генитальному завершению — отсюда преобладание истерических феноменов у женщин. У мужчины материнская идентификация содержит столько остатков пре-эдиповской фазы, что гетеросексуальная идентификация насыщена намного более архаичскими имаго. Доминирующее место занимает защитная и в то же время идентифицирующаяся с господством фаллической матери анальность — отсюда предпочтительный исход в обсессивный невроз и его ослабленную форму, представленную перверсиями.

Наконец, бисексуальность демонстрирует, что все описанные ситуации можно инвертировать и что, хотя истерия преобладает у женщин, а обсессивный невроз — у мужчин, они все же могут сосуществовать как у того, так и у другого пола.

#### Эдиповская кастрация

Эдиповская кастрация очевидным образом встроена в биологическую схему половых различий, и Сверх-Я мужчины моделирует естественную неизбежность, которой не достигает ее женский гомолог. Реально же страх по поводу телесной целостности своего генитального аппарата существует и у женщины, и он усиливается с рождением детей.

Этот страх, по мере его обращения<sup>1</sup> на себя, не должен заставить забыть ни контекста эдиповского созревания, ни резонанса, вызываемого кастрацией в психической организации и вытекающей из нее вселенной. Через таинства вытеснения можно восстановить это созревание как отречение, по крайней мере частичное, от инфантильного всемогущества инцестуального обладания в пользу обретения более или менее ригидного Сверх-Я и более или менее проблематичных идентификаций. С неизбежным следствием для мужчины — у меня нет «этого» фаллоса и для женщины — я не «этот» фаллос (см. истерическую экономию). На самом деле речь здесь идет о первом приближении, поскольку не учитываются колоссальные осложнения, которые содержит этот обмен «хорошего действия».

С одной стороны, психика никогда не склонна полностью отказываться от какого-либо из своих средств деятельности и к тому же совершает это не безболезненно. Так, мегаломания — это персонаж, который для того, чтобы оставаться в тени, бесконечно находит себе новое применение (например, на уровне Идеала-Я). См. сноску на с. 189 (*прим. пер.*).

## КЛИНИКА

С другой стороны, вступление в Эдипову фазу,— кстати говоря, невроз формируется именно вступлением в Эдипову фазу, но без выхода из нее, без разрешения Эдипова комплекса — есть начало особой истории в той мере, в какой лица, включенные в него, сами по себе индивидуализированы. Схемы психической организации суть лишь границы, вокруг которых спутываются человеческие судьбы, и именно в этом смысле невроз формирует специфическую судьбу и входные ворота в завершенность. Кроме того, приятие принадлежности к единственному полу и неумолимости смертельного исхода и являются ее основными вехами.

Но конечность есть также свидетельство обратного действия человеческой психики, которая может общаться с миром, лишь будучи предварительно укорененной в ее собственной вселенной, дающей через разрозненные пережитки основание для истинной индивидуальной мифологии.

Именно в этом смысле, несмотря на видимость, психоанализ не есть приключение вокруг собственного пупа, и именно в этом единственном смысле аутентичная уникальность произведения искусства открывается всеобщности.

Таким образом, конфликт между Сверх-Я и сексуальными влечениями есть лишь наиболее очевидная основа, на которой формируется невроз. Вытеснение, являющееся его первым следствием, часто перекрытым стечением обстоятельств, освобождает место симптому, становящемуся компромиссным образованием между влечением и защитой, поскольку он выражает оттенки бессознательных идентификаций, исходящих из воображаемого Эдипового сценария.

## ПСЕВДОНЕВРОТИЧЕСКИЕ ФОРМЫ ПСИХИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИИ

Успех теории невроза в каком-то смысле ему навредил. Все, что не принадлежало порядку психоза, именовалось неврозом. В последовательном порядке отделим от него:

- *«невроз» страха,*
- *«невротическую» депрессию,*
- *фобические «неврозы»,*
- *«невроз» характера.*

■ **Невроз страха** был описан Фрейдом в работе *«К обоснованию отделения от невротизации самостоятельного симптоматического комплекса, именуемого неврозом страха»* (Angstneurose).

**Клиника страха.** Острый страх, в особенности страх, не имеющий



причины, внезапный и часто носящий пароксизмальный характер, следует отличать от:

— страха, или точнее тревоги, *связанной с реальными трудностями жизни*, обостряющейся, в частности, в период, предшествующий каким бы то ни было испытаниям (волнение перед экзаменами);

— страха, *проявляющегося при контакте с некоторыми объектами или в определенных ситуациях* (закрытое помещение), символического значения которых достаточно для его актуализации даже при отсутствии явной реальной причины; в этом случае речь идет о фобической тревоге, четко отличающейся от флоттирующей тревоги или приступа страха, остающегося без объекта;

— и, наконец, страха, *связанного с органическими болями*. Можно сослаться по этому поводу на страх «грудной жабы», настоящее ощущение неминуемой смерти, могущее поставить перед врачом определенные диагностические проблемы, тем более что так называемый невротический страх сопровождается потоотделением, одышкой, сердцебиением и даже болями. К тому же эти симптомы сами по себе могут сформировать маскированные кризы или малые эквиваленты.

В этом отношении следует различать соматические и психические симптомы: чем более симптом может быть *специфицирован* и уточнен в его проявлении, интенсивности, локализации, тем в большей степени следует предполагать его органическую природу; и, напротив, чем более он диффузен, не очерчен в телесном пространстве, тем с большим основанием и вероятностью он может быть отнесен к психическим проявлениям. Хотя это различие и не всегда позволяет провести *четкую и однозначную* дифференциацию, а один из вариантов никогда не исключает другого, оно в любом случае дает возможную, понять, что психический симптом нельзя трактовать как органический. Если последний уточняет определенную болезнь, то первый указывает лишь на *тип связи*.

**Значение страха.** Это расхождение позволяет точно оценить «невроз» страха. На самом деле страх есть, собственно говоря, совершенно негодный тип связи, она не может быть организована без важных приспособлений, лишающих ее характера острого криза.

Это показывает, в какой степени «невроз страха» становится «входными воротами» психической патологии. Эта грубая декомпенсация несколько не предрешает природы нижележащей структуры. Безусловно, «реактивный» характер приступа страха по отношению к какому-то событию мог бы ее минимизировать. Это грубое заблуждение, поскольку событие часто является лишь поводом для декомпенсации. Так, приступ страха вполне может оказаться началом шизофрении, тогда как семья связывает его с эмоциональной травмой или чем-то в этом роде.

Сам Фрейд рассматривал «невроз страха» как *«актуальный невроз»*, т.е. невроз, зависящий от непосредственного острого конфликта, связанного с сексуальной абстиненцией: накопление сексуального напряжения, которое не может быть реализовано ни в физическом плане, ни в психической проработке, прямо выражается в соматическом плане в виде страха. В настоящее время от этого реактивного по отношению к сексуальному поведению представления отказались. Приступ страха рассматривается как неудача вытеснения и проявления симптомов. Таким образом, страх сигнализирует прежде всего о нехватке достаточно проработанной невротической структуры или даже о ее полном отсутствии.

Как предполагается, истинно невротический в собственном смысле страх является страхом кастрации.

Различные механизмы невротической защиты, неустойчивые или ненадежные, редко оставляют его в чистом состоянии.

Шизофренический страх, напротив, создается чувством внешней и внутренней трансформации с утратой границ Я, вот почему его и называют страхом расчленения. Приступ страха в этом случае достигает максимума выраженности и более высокого уровня связи с окружением.

Промежуточную позицию занимает третий тип страха. Речь идет в основном о страхе «отсутствия бытия» или, по крайней мере, утраты аффективно заряженного объекта, переживаемой как катастрофа, страхе остро начинающемся, заставляющем думать об органическом заболевании — в этом случае предполагают паническую атаку — или же с самого начала вписанном в депрессивный контекст. Это депрессивный страх «пограничных расстройств».

Таким образом, большой приступ страха является важнейшими входными воротами в психоз, депрессию, а при меньшей степени выраженности — в невроз. Он может также привести к истинному психосоматическому развитию (см. гл. 11).

■ *«Эссенциальная депрессия»*<sup>1</sup> по определению противопоставляется меланхолической депрессии, характеризующейся бредом унижения, равно как и настоящей невротической депрессии (см. с. 218).

В данном случае **депрессивные идеи** не носят бредового характера, но приводят субъекта к неожиданному восприятию жизненных затруднений как непереносимых. Он одновременно недооценивает свои возможности и

<sup>1</sup> «Эссенциальная» депрессия в более строгом смысле описана П. Марти по отношению к «психосоматической болезни». Здесь мы используем этот термин куда в более широком смысле, покрывающем совокупность непсихотических и неневротических депрессий.

(Данный термин не имеет точного русского аналога, поскольку «essentielle» (*фр.*) одновременно означает и «сущностный», и «летучий». Это понятие во французской медицине по традиции применяется по отношению к «летучим» лихорадкам — функциональным расстройствам без объективно обнаруживаемой анатомической патологии (*прим. пер.*)).

переоценивает нагрузку. Это обесценивание позволяет ему в определенной степени избежать борьбы и как следствие страха. Но эта утрата самоуважения создает вероятность суицида, которая не столь высока, как при меланхолической депрессии, но все же достаточна значительна.

Часто в той мере, в какой расстройства восходят к детству, клиническая картина становится менее отчетливой. Речь идет скорее о состоянии постоянного дистресса, чем о депрессивных идеях в собственном смысле. Этот дистресс регулярно проявляется в периодическом диффузном болезненном телесном напряжении, нестабильности и даже неукротимой потребности разрешения конфликтов переходом к действию.

Наконец, если запускающий «травматический» фактор принимает форму реактивного процесса, то это переживается как окончание несчастий, приводящих к декомпенсации.

**Усталость** и ее неврастеническое сопровождение, образуемое анорексией, слабостью или утомляемостью, артериальной гипотензией, болями в позвоночнике и пр., в различных пропорциях связаны с депрессивными идеями. Эта астения проявляется в особенности в утреннее время и может все же преодолеваться, но вся активность становится затруднительной и освобождает место для умственной жвачки. Порой астения покрывает собой все, даже маскируя лежащие за ней депрессивные идеи, которые не осознаются субъектом. В таком случае говорят о *психастении*. Эта психопатологическая сущность, описанная во Франции Жане, была подхвачена Фрейдом, превратившим ее во второй «актуальный невроз»: психическое истощение, к которому приводит практика мастурбации. Это положение в настоящее время также не поддерживается.

Третий элемент так называемой «невротической» депрессии — **ин-сомния**. Основной, редко отсутствующий симптом. Это выглядит так, как если бы страх, аннулированный днем психической нагрузкой депрессии, а физической — астении, пробуждался ночью, вызывая кошмары и бессонницу, усиливая таким образом утреннюю усталость и создавая порочный круг, из которого пациенту трудно выскользнуть.

На самом деле неверно расценивать любую немеланхолическую депрессию как в той или иной степени невротическую депрессию, даже если линия, разделяющая последнюю и депрессию при пограничных состояниях, часто весьма подвижна.

Можно впасть в заблуждение, пытаясь любой ценой дифференцировать в редуccionистском формализме невротическую депрессию от пограничной (эссенциальной депрессии). Нарциссическая геморрагия представляет собой общую составляющую риска невроза, а в нарциссических структурах (в открытом состоянии) Эдипов комплекс равным образом остается мишенью, естественно, удаленной, но потенциально присутствующей в воображении.

В первом случае сокрытое быстро развивается в направлении симптома. Сама же депрессия, по-видимому, совпадает с восстановлением важной части внутренней жизни, будь то по случаю траура или по случаю неудачи в эмоциональной либо профессиональной жизни.

Во втором случае, напротив, имеет место катастрофическое событие в психической жизни, переживаемое к тому же как утрата витальной энергии. Все мысли сконцентрированы на теле, и их очень трудно отвлечь от него. Скудность внутренних объектов такова, что лишь реальные внешние объекты могут служить опорой. Утрата аффективно заряженного объекта лишь раскрывает нижележащую нарциссическую хрупкость.

Проявляется непрочная включенность в генитальную ситуацию, и защитные механизмы против депрессии, которые могли ввести в заблуждение, более не играют своей роли (см. неврозы характера).

■ **Фобические неврозы** проявляются фактически при любой форме психической патологии. Если существование фобических проявлений — немотивированного страха по отношению к некоторым объектам или ситуациям, символический характер которых может объяснить их роль, — бесспорно, то привязать их какой-либо чистой структуре, напротив, не представляется возможным.

**История понятия фобии** до Фрейда в ее ранних описаниях многолика.

Сначала фобии были очень плохо отделены от навязчивых идей. Если Пинель говорил о «небредовой мании», то Эскироль включал фобии в «мономанию», выделяя особые навязчивости — «навязчивости страха». Это смешение с Obsessive-Compulsive Disorder было в то время признанным, поскольку Крепелин и даже Жане следовали этой традиции.

Лишь в 1871 году, после Вестфаля, термин «фобия» появился в описании агорафобии (буквально — страх публичного места). К концу XIX века (до Фрейда) врачи тщательно описали все возможные и мыслимые фобии, создав настоящий каталог (можно было бы назвать 202 фобии). Помимо агорафобии упомянем клаустрофобию, акрофобию (страх пустоты), эритрофобию (страх покраснеть на публике), фобию импульсивных действий (страх нанести вред другому), сидеродромафобию (страх путешествий по железной дороге), зоофобию (страх животных) и пр.

**Фрейд и истерия страха.** Ситуация прояснилась, когда среди всех этих описаний Фрейд выделил единственный истинно невротический тип — «истерия страха». Он сделал это в несколько этапов.

В статье 1895 года («Obsessive-Compulsive Disorder и фобии») Фрейд одновременно отделил Obsessive-Compulsive Disorder и фобии от неврастения и ввел различие между ними (Obsessive-Compulsive Disorder остается независимой от присутствия объекта), по существу включив фобии в проявления «невроза страха» в рамках актуальных неврозов.

В 1909 году в работе «Случай анализа фобии у маленького мальчика пяти лет» (маленький Ганс) Фрейд, пересмотрев свою позицию, более не говорит об актуальном неврозе и выделяет собственно фобический страх, всегда связанный с близостью объекта или точно очерченной ситуации. Вот, что можно прочесть в конце истории маленького Ганса: «Место, предназначенное для фобий в классификации, до настоящего времени не было четко определено. Представляется очевидным, что оно может быть лишь среди синдромов, могущих относиться к различным неврозам, и их нельзя относить к числу самостоятельных сущностей. Для фобий такого класса, как у нашего маленького пациента, название «истерии страха» мне не кажется неадекватным». Он подтвердит этот термин, показывая сходство психических механизмов некоторых фобий и конверсионной истерии в той мере, в какой фобическое избегание, как и при истерии, является прежде всего *сексуальным избеганием* (см. с. 197).

**Другие фобии.** В этом случае речь идет о следующих проявлениях:

— о *симптомах*, относящихся в действительности к Obsessivному неврозу, таких, как страх загрязненных объектов, экскрементов, микробов и даже рака, или к истерии — эритотофобия или страх импульсивных действий;

— о *страхах*, интегрированных в более сложную клиническую картину, включающую приступы тревоги или депрессивные состояния. Эти страхи, присущие пограничным состояниям, к тому же содержат в себе выраженную панику перед лицом ситуации одиночества и одновременно встречи с незнакомым, в конечном итоге сильно напоминая детские ужасы;

— о *процессах*, явно принадлежащих психотическому семейству. Так, канцерофобия, когда она приобретает явный ипохондрический аспект, сближается с квазибредовой соматизацией. Даже агорафобия в выраженной форме, не позволяющая выйти на улицу без сопровождения, может рассматриваться как настоящий маскирующий симптом, нечто вроде экстремальной защиты против нижележащего психоза. Все это показывает, в какой степени фобии являются лишь симптомами, которые следует соотносить с контекстом. Вне «истерии страха», сексуальная природа которой в принципе очевидна, они не могут рассматриваться в качестве невротических структур.

■ **Ипохондрический «невроз»** или «невротическая ипохондрия» является абсолютно необоснованным наименованием. Ипохондрия соотносится с убежденностью в болезненном органическом поражении в связи с простым увеличением нормальных сенестетических ощущений, приобретающих болезненный характер. Клинические, физиологические и радиологические исследования чаще всего негативны, или их результа-

ты настолько минимальны, что очевидным образом не соответствуют вызываемым расстройствам. Психотическая ипохондрия. Фрейд предлагал рассматривать ипохондрию в ряду «актуальных неврозов». Он уточнял, что имеется в виду что-то вроде предвестника трансферных неврозов (истерии и обсессивного невроза), таких, как «невроз страха» и психастения, а что ипохондрия является «актуальным неврозом», относящимся к «нарциссическим неврозам» — термин, использовавшийся Фрейдом для описания того, что мы сейчас называем «психозами». Эта ссылка на Фрейда, какой бы устаревшей в нозологическом плане она не была, все же сохраняет элементы несомненного правдоподобия. Так, значительная часть ипохондрий может быть отнесена к явно психотическим или по крайней мере предпсихотическим структурам.

Речь идет о страдающих, кверулирующих субъектах, для которых любое лечение и самое лучшее в мире отношение оказываются неэффективными. Их убежденность в своих расстройствах укоренена и носит квазибредовый характер. Их упорство приводит к созданию огромной истории болезни, но новая серия обследований их никогда не удовлетворяет. Они продолжают следовать от врача к врачу, пока не добьются постановки органического диагноза. Но и здесь ипохондрик не будет удовлетворен, будучи полностью охвачен своими идеями, и любое лечение окажется неудачным. Агрессивность, скрытая в монотонном страдании, которое они неустанно предъявляют, чаще всего является мотивом неприятия, объектом которого они оказываются. В самом деле, никакой больной не возбуждает большей агрессивности у своего терапевта. Дойдя до этой стадии, персекуторный цикл может вскрыться переходом в параноидный психоз. Это похоже на то, как агрессивность, в один прекрасный день проявляющаяся в параноидном бреде, становится скрытой болью при ипохондрии, но в любом случае хорошо ощущаемой как таковая теми, кто лечит этих больных.

**Депрессивная ипохондрия.** Реально все ипохондрики не предоставляют подобной клинической картины, четко расположенной в орбите психоза. Но этого, однако, недостаточно, чтобы считать эти ипохондрии неврозами.

Имеются в виду пациенты, демонстрирующие приступы страха, психастеническое состояние, сопровождаемое более или менее разнообразными «неврастеническими» расстройствами (расстройства пищеварения, боли в позвоночнике, головные боли, головокружение и пр.) на более или менее интенсивном депрессивном фоне. Уверенность в реальности соматического заболевания неполная, агрессивность и даже простой запрос о помощи переживаются с острым чувством вины. Мазохистическое поведение удовлетворяется безосновательным хирургическим вмешательством.

Таким образом, речь идет о депрессивных проявлениях, соматические составляющие которых выходят на первый план, не вызывая, однако, реального заболевания, будь оно даже «психосоматическое».

■ **«Неврозы» характера** — это что-то вроде «бессимптомных неврозов», латентных, немых, настолько сплетенных с требованиями современного общества (активность и моральная прямолинейность), что, когда проявляется декомпенсация, она вызывает общее удивление, как массивная цепь, которая внезапно разрывается.

**Личность и «невроз характера».** Мы имеем в виду гипернормальных, активных, устойчивых, протекционистских по отношению своему окружению личностей, единственное отклонение которых состоит в тенденции к вторжению, которую родители и друзья часто едва выносят. Хрупкость такой позиции проявляется лишь в очевидной неспособности усомниться в самих себе и своей концепции жизни. Это выглядит так, как если бы мельчайшее движение в этом направлении могло стать непоправимым. Эта уверенность в себе предполагает, что любое сомнение должно быть подавлено. В частности, мир «пси» (психологи, психиатры, психоаналитики) вызывает отвращение: «Лучше забыть, чем думать, ибо если позволить себе погрузиться во внутренние мысли, то куда мы дойдем? Нужно действовать, это единственный способ не дать застояться своей воле и не впасть в лень. Расслабиться — значит умереть». Результат такого отношения проявляется на трех уровнях:

— бросающаяся в глаза и рассматриваемая как залог социального успеха гиперактивность, сопровождающаяся значительным расходом энергии;

— жесткость по отношению к окружению, тем более принудительная, что она сопровождается такой же жесткостью по отношению к себе самому;

— тотальная стерилизация всего, что может проявить бессознательную жизнь, в частности с бедной, даже несуществующей сексуальностью.

Четвертый момент, который следует отметить, без сомнения, наиболее мал, но в конечном итоге наиболее важен: за панцирем авторитаризма и уверенности в себе открывается огромная зависть к окружающим. Воспринимаемая как постыдная, — откуда и эта чрезмерная авторитарность — она проявляет себя лишь перед угрозой утраты объекта.

Однако в определенных случаях либидинальное запечатление сохраняется наперекор моральному конформизму, но так, чтобы никогда не могло проявиться малейшее подозрение в соучастии: контроль за сексуальностью других под предлогом морали или педагогики, категоричные и неуместные проклятия эротизма и порнографии и пр. Сексуальность подобных субъектов, если и существует, то совершенно обеднена, хотя и считается ими нормальной.

**Экономия.** Личность при «неврозе характера» полностью определяется активностью и волей, которые называются сознательными. Это сознание, уверенное в себе самом, образует прочное укрепление на уровне Я (нечто вроде линии Мажино), чья окоселость избегает проявления аффектов и всего, что более или менее касается фантазматической жизни. Либидинальная жизнь реализуется лишь в форме реактивного образования, т.е. в форме морализма. Но в отличие от обсессивного невроза, где контроль осуществляется на уровне объектов, здесь он реализуется на уровне Я, стараясь отфильтровать минимальные, насколько это возможно, элементы влечения.

Это значит, что на самом деле личность такого типа может покрывать целую гамму структур:

- с аутентическими неврозами она проявляется как внешняя защита (двойная защита) собственно невротических механизмов, небезосновательно заставляя усомниться в эффективности последних;
- сами по себе невротические симптомы могут утратить всякую ли-бидинальную подведомственность и быть лишь вариантами симптоматических остатков, возведенных в защитных целях против депрессии пограничных расстройств или даже психотической структуры, в этом случае можно говорить о бесцветном (белом) психозе (А. Грин);
- нередкое отсутствие нижележащих невротических структур придает этим личностям облик пограничных расстройств.

**Различные типы декомпенсации.** Часто декомпенсация разражается как гром среди ясного неба.

Интересно отметить, что, как правило, декомпенсация у этого личностного типа происходит тогда, когда субъект не сталкивается с серьезными трудностями. Или же, скорее, запускающий фактор может быть установлен, но крайне трудно представить, что он расшатал сооружение, казавшееся до сих пор исключительно прочным.

Первый тип декомпенсации — это *проявление* нижележащего *обсессивного невроза* или иногда даже истерического невроза.

Но основной тип декомпенсации — *депрессия*, психастенический элемент которой очень велик. Эта слабость воспринимается как страшная нарциссическая рана. Возникает впечатление, что что-то было непоправимо сломано. Возобновление активности приемлемо лишь при условии возвращения к прежнему ритму. Фантазирование остается скудным и вращается вокруг этого восстановления сил.

Однако существует третий тип декомпенсации — *«психосоматический» исход*. Речь идет о настоящих органических заболеваниях, часто размечающих всю жизнь этих больных, резерв фантазирования которых в этом случае практически исчерпан, о классических длительных психосоматических болезнях: астме, псориазе, артериальной гипертензии, базедовой болезни, сопровождающихся бесконечным повторением множе-



ства самых разнообразных органических неполадок. Или же о брутальном инциденте в среднем возрасте. Психологический профиль больных инфарктом миокарда, описанный кардиологами, довольно хорошо соответствует нашему описанию.

Наконец, третий исход, в данном случае у пожилых пациентов: *се-нильная меланхолическая, или бредовая, деменция*, не относящаяся к истинным склеротическим деменциям; в преобладающем большинстве случаев включает в качестве предшествующих психических характеристик авторитаризм, гиперактивность, ригидность. Это свидетельствует, в какой степени мы оказываемся здесь на границах всех возможных исходов — невротического, психотического, — не говоря уже о третьем, психосоматическом пути, обретающем свой полный смысл у предела пограничного расстройства, если оно оформлено.

### АУТЕНТИЧНЫЕ НЕВРОЗЫ

Смешение различных типов невротических организаций таково, что можно заподозрить исключительно искусственный характер нозографических различий. Однако это совершенно не так, особенно когда истерическая и обсессивная структуры продолжают противопоставляться не только в дидактическом, но и в клиническом плане. Стоит еще раз отметить основное различие, разделяющее истерию в широком смысле и об-сессивное поведение.

Истерия, несомненно, проявляется как телесное выражение влечения в противоположность обсессивному поведению, являющемуся продуктом ментализации. Но этого различия недостаточно.

Если точнее, то истерия полностью учитывает всемогущество желания и обеспечивает его следствия: от восприятия, головокружительного до крайних пределов, желания, неутолимого желания до его высшего воплощения, а именно инцестуального фантазма. Именно в этом смысле любое влечение при истерии становится инцестуальным.

Во втором случае, напротив, роль основного ориентира играет обсессивная изоляция, ментализированная в форме всеилия мышления через трансформацию всемогущества влечения во влечение к всемогуществу и вторично воплощенная во всемогущественном овладении.

Обсессивная вселенная крайне сложна в той мере, в какой она впутывает в этот сдвиг крайне примитивный, предшествующий эротической проработке влечения механизм, которой мог бы принадлежать порядку базовой всеильной жестокости, в чистом виде встречающейся при психозе. Здесь она непосредственным образом пронизана элементами влечения, скрывающими базовое явление изоляции — эту трансформацию

всемогушества влечения во влечение к всемогушеству, т.е. всемогушеству ради всемогушества.

Таким образом, когда разворачивание обсессивного воображаемого сталкивается с сомнением, т.е. с дефектом всемогушества, оно пытается сгладить его, заменяя магическим мышлением, таким, как явные или неявные предрассудки, свойственные всем нам в различной степени.

Если истерическая и обсессивная деятельности сосуществуют в рамках одной и той же личности, их проявления равным образом заметны: так, можно обнаружить момент, когда субъект оставляет негодное всемогущественное поведение интеллектуального овладения, чтобы восстановить свое истерическое ядро через более спонтанную и экспрессивную реальность. И наоборот, умственный контроль может оказаться спасительным по отношению к генерализованной охваченности аффектами.

Каждая личность представляет собой любопытное равновесие, где истерические и обсессивные элементы существуют в сложности внутренних конфликтов, что является важнейшим мотором жизни наших влечений и придает тем самым колорит характеру каждого.

С другой стороны, это характерологические трудности, т.е. всесильное нетерпение, представляющее сущность либо истерических, либо об-сессивных проявлений. Оставаясь в полутени по отношению к симптомам в собственном смысле слова, они являются тем не менее мощным полюсом притяжения и зависимости. Более того, можно легко определить, какой из этих двух полюсов становится доминирующим. Патологические формы, обнаруживающие типичные истерические или обсессивные симптомы, появляются как очевидные неудачи усилий адаптации субъекта. Характерологические проявления продолжаются, но в некотором смысле перекрываются событиями.

Это очевидным образом соответствует ситуациям, когда интрапсихиче-ские Эдиповы и/или нредэдиповы конфликты велики и не могут рассчитывать на разрешение иначе, как ценой появления симптомов, дорогостоящих как для психической жизни, так и для обычной жизни субъектов.

Нижележащие структуры — асимптотические точки истерических и обсессивных проявлений — в этом случае часто расположены по эту сторону невроза. Так, классическое описание обсессивного невроза часто парадоксальным образом соответствует оболочке психоза. Это не значит, что «невротического» обсессивного невроза не существует, просто всегда следует проверить эдиновскую природу нежележащей экономии в отношении любой симптоматики, имеющей невротический облик.

Начиная с самой ранней античности, и в особенности с Гиппократов, истерия означала нервные расстройства, наблюдавшиеся у женщин, не имевших беременностей и предававшихся удовольствиям Венеры.

В средние века добавили овладение демонами, в частности знаменитые истории шабашей ведьм.

В действительности же различать истерию от эпилепсии стало возможным только в XIX веке, начиная с Шарко. Однако ее продолжают относить к классу патофизиологических расстройств нервной системы.

Затем Бабинский, подчеркнув внушаемость (или, по крайней мере, то, что он принимал за нее и что являлось на самом деле лабильностью симптомов) и введя термин «питиазм»<sup>1</sup>, взял на себя смелость отделить то, что относится к компетенции психиатрии, от того, что принадлежит неврологии. На деле же путаница сохранялась, и до наших дней можно обнаружить явную несогласованность различных направлений.

■ Согласно Жане, никогда не отходившего от *организменной* теории Джексона, речь идет в основном об ослаблении психического напряжения, которому могут способствовать эмоциональные шоки и травматические воспоминания. Это состояние может объяснить действие внушения и излечение этих больных с помощью гипноза.

■ Другими «этот незнакомец в доме», «эта сорная трава медицины», по Лазегу, будет рассматриваться просто как способ *симуляции*.

■ В то же самое время она окажется плодородной для гения Фрейда. Недавний ученик Шарко, он вернется в Вену, чтобы несколькими годами позднее написать вместе с Брейером знаменитые *«Исследования по истерии»*. В них можно будет прочесть: «Едва выйдя из школы Шарко, я краснел от связи между истерией и *сексуальностью*, совсем почти как это обычно делают сами пациенты». Первое время он говорил о сексуальной травматизации в детстве, чтобы на втором этапе отказаться от прямого травматического объяснения и ввести истерию в рамки превратностей либидинальной эволюции.

Нервные расстройства, излечиваемые внушением (*прим. пер.*).

■ **Медицинские, или так называемые «соматические», симптомы.**

Прежде всего симптомы конверсионной истерии были описаны в медицинском плане. Будучи классическими, они не являются самыми частыми ее (проявлениями, поэтому мы их опишем кратко.

**Патоксизмальные явления.** *Большие припадки*, описанные Шарко: речь идет о приступах театрального возбуждения, сексуальный символизм которого часто очевиден; они принимают все формы, от внезапного перехода в сомнамбулическое состояние до имитации эпилептического припадка. При истерическом припадке мочеиспускание и прикусывание языка обычно отсутствуют, тогда как при эпилептическом они — обычные явления. Электроэнцефалограмма, и в особенности контекст (экстравагантность, театральность, лабильность), позволяют установить диагноз.

*Маглые эквиваленты* простираются от приступов «нервного» возбуждения до внезапных обмороков, через тетанию без биологического субстрата! (гипокальцемию) или спазмофилию, связи которой с истерией становятся очевидными, когда оформляется сопутствующее психологическое пошедение. Наконец, нарколепсия (состояние дневного сна), служившая предметом многочисленных дискуссий с неврологами, на самом деле чаще всего располагается в рамках истерии.

**Расстройства неврологического типа.** Наиболее часты *параличи*, они крайне редко хорошо сформированы клинически, как правило, страншы с самого начала, явным образом не сопровождаются нарушением рефлексов. Они могут поражать нижние конечности (астазия-абазия), одну конечность (моноплегия), голосовые связки (афония). С ними можно объединить истерическую слепоту с концентрическим сужением поля зрения. Дифференциальная диагностика рассеянного склероза (локальный паралич) создает порой определенные проблемы ввиду несвязанного) характера симптомов как в одном, так и в другом случае.

*Анестезия*, и в особенности локализованные отеки, представляет собой то, что называли «истерическими стигмами». Несоответствующая топография первой и индуцированный характер вторых редко заставляют долго сомневаться.

*Алогические проявления:* часто встречаются и вызывают трудности дифференциации, в особенности с ипохондрическими болями, не говоря уже о реальных органических болях. Кроме отсутствия органических знаков, диагностически значимым в каждом случае медицинского обследования является контекст, т.е. нижеследующее.

Ш **Психические симптомы и истерический характер.** Проявления психического порядка, если они сосуществуют с «соматическими симп-

томами», чаще всего самодостаточны, к тому же они более часты, чем классические явления конверсии, так что всегда было желание противопоставить соматической конверсии *психические симптомы* истерии. *В реальности разрыва континуальности не существует, поскольку эти психические симптомы остаются преимущественно телесными событиями, ускользающими от своего творца, и, таким образом, они тоже должны рассматриваться как настоящие соматические конверсии.*

Стремление **соблазнить** и **аффективная ненасытность** служат первыми симптомами этого типа, первыми проявлениями, в особенности в связи с тем, что они в высшей степени субъективны. Этот способ существования истерика многократно описан: потребность привлечения к себе внимания, эгоцентризм, аффективная зависимость, неумение контролировать эмоции, кокетство, провокативность, эротизация отношений и пр. В сущности, речь идет об одном и том же феномене, о чем-то вроде аффективной торопливости, стремящейся спонтанно сократить дистанцию с другим. Это непосредственная аффективная открытость, хотя и замаскированная,— в противоположность психотику, делающему признания в любви и ненависти без переходных ступеней,— лежит в основе разгадки истерии. Но на самом деле это мистификация, ибо это сближение не может переживаться долго, минимальный ответ на этот «спрос и предложение» сразу же влечет за собой разрыв и неудержимое бегство.

**Бегство** или **амнезия характеризует** второй тип симптомов. Хотя избегающее поведение при истерии и может порой принимать облик настоящих фуг, чаще оно проявляется в более утонченной манере: истерической амнезии. Не доходя до классических случаев «путешественников без багажа», оно заключается в простом забывании ситуаций, в которые пациент был слишком сильно аффективно включен, и всего, что с этим связано. Иногда речь идет о настоящей амнезии слов, которые истерик хочет произнести и тут же забывает. Но основной фантазией, иногда реализуемой, остается бегство посредством обморока или истощения. На минимальном уровне частым эквивалентом является бегство в сон.

Сексуальные отношения реально куда более часты, чем это классически считалось, а фригидность куда более редка, чем это представляется. Но сексуальное поведение может быть реализовано лишь в условиях определенного амнестического галоэффекта<sup>1</sup>, его невозможно предвидеть и в любом случае следует сразу же забыть.

Наконец, чаще всего истерик нуждается в экранах, которые отделяют его от объектов его любви и позволяют ему забыть все, что сомнительно (см. историю Доры в «*Пяти случаях психоанализа*»). В результате —

<sup>1</sup> Галоэффскт — halo (*лат.*) — сияние, ореол; влияние солнечного сияния на ухудшение восприятия близко расположенных небесных светил (*прим. пер.*).

множество покинутых один за другим объектов, как только двуличие более не поддерживается.

**Истерический характер.** Паттерн данного поведения соответствует, таким образом, двойному действию *соблазнения-избегания*, отмечающему настоящую *амбивалентность* на телесном уровне, являющуюся дифференциальным признаком истерии. Обсессивный невроз же характеризуется амбивалентным отношением на уровне мышления. Этот феномен провокации и «приманки»<sup>1</sup> обнаруживается также на уровне конверсионных симптомов, имеющих соматический (медицинский) облик, где двойное действие является в определенном смысле сгущенным и не сразу интерпретируемым. Оно же есть и в игре воображения, и в мифоманическом поведении, даже в суицидальных попытках, в самой фуге, неподготовленной, поспешной, но содержащей тем не менее элементов провокации.

Так истерик приходит к двойной жизни (откуда и чувство раздвоения личности):

— первая, жизнь симптомов, будь то физических или психических, дает ему, как кажется, легкость, завидную беззаботность, это *прекрасное равнодушие (la belle indifférence)* истерика. Конверсия тотальным образом уменьшает страх. Телесная непринужденность, наделенная настоящей всесущностью, придает ему оттенок театральности, подчеркивающий в то же время необходимость в зрителях;

— другая, на заднем плане картины, *оплачивает аутомистификацию первой*, поскольку жертвой истерика является не столько покинутый объект, сколько он сам, откуда и ощущение заброшенности, бессилия, неудачи, которое может пробудить уснувший страх. Но последний, когда он появляется, лабилен, готов к новому исчезновению или же настолько несоразмерен, что его следует рассматривать как настоящий симптом наряду с другими симптомами. Обычно он сродствен депрессивным состояниям, в которых доминируют психические элементы, т.е. богатство воображения.

Наконец, истерия часто внешне незаметна. От этого она не становится менее мучительной, в основном именно из-за постоянной охваченности аффектами. «Истерик живет, раздираемый этими аффектами», — пишет Андре Грин, но можно сделать инверсию предложения: истерик раздираем своими аффектами в то же самое время, когда, вероятно, отсутствует система репрезентаций. Возможно, здесь идет речь о наиболее характерном, хотя и наиболее скрытом, симптоме истерии.

Конверсия и интеллектуальное торможение, с одной стороны, агрессивность и ненасытность, доходящая до токсикомании, с другой сторо-

<sup>1</sup> В оригинале: «*leurre*» (фр.) — наживка, блесна, манок, обманка, обман; термин, очень часто используемый в психоаналитических текстах (прим. пер.).

ны, представляются с этого момента выходом, позволяющим ускользнуть от всемогущества аффектов. Слова приобретают специфические свойства табу, поскольку слишком взрывчаты или обнажены в своей открытой необузданности, по крайней мере для того, чтобы попытаться их проявить или уменьшить их неукротимость.

Истерия колеблется между скрытым припоминанием и обнажением, сменяющимися и разгруженными процессами конверсии.

### **ЭКОНОМИЧЕСКАЯ СТРУКТУРА**

■ Парадоксально, но если истерик все время что-то забывает (амнезия, пробелы памяти), то это для того, чтобы защититься от постоянного припоминания, связанного с фантазиями, касающимися инцестуальных сексуальных объектов, с которым он борется. Это значит, что судьба аффектов и репрезентаций не столь различна, как можно было бы предположить:

— С одной стороны, репрезентации подвергаются эффекту вытеснения, успешного вытеснения, поскольку амнезия тотальна; это и есть «прекрасное равнодушие» истерика, по крайней мере в обнаженном либо скрытом переходе к конверсии. Наконец, это то, что поддерживает обращение репрезентаций в свою противоположность: сексуальное желание трансформируется в сексуальное отвращение.

— С другой стороны, *аффекты* отделяются от стесняющих психических репрезентаций, чтобы конвертироваться в телесном пространстве в соматические симптомы или их психические эквиваленты. Несмотря на вытеснение репрезентаций, разрядка аффектов сохраняет определенный оттенок их происхождения, откуда следует символический характер соматических конверсии и эротизированный характер психического поведения. Все выглядит так, как если бы сексуальные репрезентации, вытесненные из системы сознания, нашли определенный выход на поверхность в аффективных проявлениях и продолжали изъясняться на уровне симптомов; но эта характерная черта полностью ускользает от истерика, так как симптомы вследствие смещения меняют свой облик (половой член = грудная клетка в истории Доры). В целом язык меняет инструменты, но продолжает свой дискурс (Ж. Лакан). Несмотря ни на что, может случиться, что инструмент начнет говорить слишком громко и истерик не сможет более обманываться в отношении аффекта, который его переполняет. Быстрое решение — это инверсия аффекта: сексуальное отвращение — на место сексуального притяжения. Наконец, когда все решения исчерпаны, не остается ничего, кроме как исчезнуть с помощью анестезии, сна или истощения (А. Грин).

■ Но недостаточно сказать, что сексуальность при истерии — это то, что всегда присутствует, и что амбивалентность симптома, его провока-тивный и приманивающий характер есть выражение компромисса между влечением и защитой.

Драма истерика на самом деле вписывается в более широкий контекст. Желание запрещено не только потому, что наказуемо, но и потому, что неудовлетворимо. Именно в этом смысле инцест одновременно и желанен, и опасен как невозможный образ, именно в этом смысле кастрация всегда предвосхищена иступленным бегством, и, таким образом, возможность реторсии (обращения на себя) исключена, что и вызывает «прекрасное равнодушие».

Первичная истерическая идентификация с родительским коитусом (М. Фэйн, Д. Брауншвейг), несомненно, является основным элементом конституции истерического ядра: как за счет заключенного в нем вытеснения, так и за счет важного бокового побега возвращения вытесненного, а именно аутоэротической загрузки и вытекающего из нее фантазирования.

Однако было бы наивно-основывать генез патологического развития невроза на линейной причинности. Отсутствие ориентиров этой идентификации и шаткость аналитического сопровождения (Ж. Коснье) являются элементами, которые следует учитывать, но которые не образуют канвы невроза, могущей послужить основой последовательного описания обязательных и четко очерченных этапов.

Его центральным ядром остается желание неудовлетворимого желания, прямо связанного с инцестуальным желанием, которое оно воплощает. Все зависит от способа, каким это желание укоренено в истории, и от любых типов последовательно вмешивающихся факторов.

Так, оральность, обнаруживаемая большинством авторов, проявляется аффективной прожорливостью, контрапункт которой может приобретать форму настоящего психического недержания, оттененного иногда рвотами и даже ложными беременностями.

Истерия является, в частности, великой пожирательницей идентификаций, из чего следует пластичность и лабильность симптомов. Сексуальная ненасытность еще более фундаментальным образом касается воображаемого Фаллоса, от которого истерик «беременеет», чтобы избежать кастрации. Совершенно очевидным образом сильнейшим выражением этого является конверсия: истерик в таком случае — это Фаллос.

■ То, что удивляет в этой оральной регрессии (топической регрессии — от вагины к ротовой области), — это выражение сексуального измерения в такой степени, что уместнее было бы говорить о вездесущности — оральности? генитальности? — чем о настоящей регрессии Я. Эта везде-



сущность к тому же сильно отмечена преобладанием механизмов сгущения (А. Грин).

Некоторые опорные моменты развития Эдипова комплекса у девочек демонстрируют связь смены объекта — с матери на отца — с формированием механизмов сгущения: маленькая девочка, разочарованная тем, что мать не наделила ее пенисом, обращается к отцу — действие, которое не совершает маленький мальчик, находящийся в первом объекте любви, матери, и Эдипов объект. Таким образом, кастрация уже положена в основание эдиповской организации девочки.

Итак, она должна пережить приключение завоевания отца, дающее зрелость, более важную для подростка-девочки, чем для подростка-мальчика. Не следует, однако, забывать о сомнительном характере этой смены объекта, поскольку реально материнский объект не покидается. Чтобы выйти из него, остается лишь стратегия вездесущности и сгущения, откуда и значение бисексуальности при истерии: тело эдиповского отца, таким образом, инвестировано как материнская обитель, а тело матери вторично эротизировано в такой степени, что латентная гомосексуальность становится обыденной — таковы превратности женских превращений.

Максимальное сгущение достигается в данном самим Фрейдом примере вымени коровы, одновременно и груди, и пениса, образе, обнаруживаемом в желании фелляции, подавленном или нет.

У мужчины смена объекта тоже происходит, но лишь на третьем этапе. Именно поэтому истерия — это в большей степени женская судьба.

■ Прыжок через анальность, который совершает истерическое сгущение, маскирует связи с предэдиповской матерью. Последние, наряду со всей вытекающей из них проблематикой (см.: экономия обсессивного невроза), также имеют фундаментальное значение в организации «анального ядра», точки фиксации Я. От существования и от прочности этого анального ядра в действительности зависит значительная часть судьбы истерии. В отсутствие этого способа мышления, к которому прибегает анальная регрессия, истерия ограничивается действиями бегства, интеллектуального торможения, депрессией и даже токсикоманией.

### **ИСТЕРИЯ И ПСИХОЗ**

На основании предыдущих соображений понятие «истерического психоза» должно рассматриваться как настоящий варваризм. На самом деле речь идет либо об истерических симптомах большой конверсии (медицинские симптомы), которые у взрослых, находящихся вне ситуа-

**КЛИНИКА**

ций принуждения (тюрьма, семинария, казарма, ссылка или же кланово живущая семья), в высшей степени подозрительны в том, что являются лишь защитным фасадом, плохо камуфлирующим психотическую структуру; либо об особых, повторяющихся, одновременно ригидных и лабильных симптомах, вроде внезапных помутнений рассудка, располагающихся, по сути, на уровне шизофренического регистра. Таким образом, переход истерии в психоз остается крайне гипотетичным и должен скорее рассматриваться как обвал покровных симптомов, даже если они и истерические.

**ИСТЕРИЯ СТРАХА**

Это фобия, располагающаяся под знаком сексуальности, и как следствие единственная невротическая фобия.

**КЛИНИКА**

Истерия страха очень точно соответствует случаю фобии магазинов, описанному Фрейдом у молодой девушки по имени Эмма, о котором мы уже говорили в связи с невротическими структурами. Смех молодых приказчиков, вызвавший ее поспешное бегство из магазина, репрезентирует проекцию ее внутренних насмешек (чувство вины) в связи со сценой соблазнения старым лавочником, тогда как молодые люди представляют собой сексуальные объекты, могущие взволновать молодую девушку. Страх выйти на улицу происходит от такого же оживления сексуальности. С точки зрения бессознательного улица означает тротуар, и, следовательно, выйти на улицу значит выйти на панель'. В случае маленького Ганса фобия лошадей воссоздает для нас эдипов-скую основу истерии страха. Оказавшись между чувством нежности по отношению к отцу и агрессивностью по отношению к нему же, могущему затронуть отношения с матерью, он смещает агрессивность (желание падения лошади), что позволяет ему сохранить в неприкосновенности первое чувство любви. Это совершенно не объясняло бы фобии лошадей, если бы ответные меры, которых ребенок опасается со стороны отца, также не были символически выражены: маленький Ганс отказывается выходить на улицу из-за лошадей, которые его укусят. Амбивалентность по отношению к отцу разрешается ценой боязни (страха) лошадей. Наконец, симптоматика истерии страха дополняется ролью контрфобического объекта. Если Эмма не могла заходить в магазины одна, то

В оригинале игра слов: «*fiure le tmttolr*» (фр.) — заниматься проституцией (*нрпм. нрп.*).

присутствие близкого третьего лица позволяло ей это делать практически при полном исчезновении страха. Равным образом больной фобией утрачивает страх улицы, если его кто-то сопровождает. Так, маленький Ганс чувствует себя на улице куда увереннее, будучи с матерью, чем с няней. Подобным же образом истеричка защищает себя от попыток мужских ухаживаний, но при истерии страха это скорее не сама связь, которой избегают, а символический объект.

### **ЭКОНОМИЧЕСКАЯ СТРУКТУРА**

Фрейд уточняет в конце описания случая маленького Ганса, что сходство между истерией страха и конверсионной истерией абсолютно, за исключением одного момента. «Верно, что этот момент имеет решающее значение,— добавляет он,— и стоит того, чтобы проводить это различие: при истерии страха либидо, отделенное вытеснением от патогенного материала, не конвертировано, т.е. не перемещено из психического плана в телесную иннервацию, но существует в свободном состоянии в форме страха».

Позднее, в 1926 году, в работе *«Подавление, симптомы и страх»* он возвращается к этой концепции. Страх более не происходит от неиспользованного либидо, т.е. более не является продуктом вытеснения, как он думал ранее; напротив, отныне страх, размещающийся на уровне Я, порождает вытеснение, и именно неудача последнего позволяет страху проявляться на поверхности.

Итак, в случае фобии мы не имеем дело ни с успехом истерика, который с помощью конверсии, настоящего заместителя реализации полового акта, обманывающего Сверх-Я, полностью реализуется, несмотря на любой разворот либидинальной судьбы, ни с «ухищрениями» или «акробатикой обсессивного смещения» (А. Грин). Фобическое смещение является в каком-то смысле простым, но незавершенным, «промежуточным», как его называет А. Грин, по сравнению с другими невротическими механизмами, вытеснение неполно и страх лишь смещен. Следствием является то, что невротический страх в нем обнаруживается практически в чистом состоянии. Притом Фрейд, начиная с истории маленького Ганса и его страха укуса лошадьми, формулирует представление об угрозе кастрации, которое будет отныне освещать его концепцию невротизма. В других фобиях эротизм, если он проявляется, есть не более чем оболочка, страх не располагается на уровне утраты обладания, это страх трудности бытия, который в зависимости от конкретного случая лежит на уровне депрессии (пограничные расстройства) или психоза.

В начале прошлого века обсессивный невроз рассматривался как составная часть безумия, т.е. с самого начала размещался в ряду психических болезней. Пинель говорил о небредовом помешательстве, Эскироль относил его к классу мономаний, т.е. рассматривал как парциальный бред: помешательство сомнения, помешательство прикосновения. Первое точное описание принадлежит Морелю (1866), но он говорил скорее об эмотивном бреде, и только начиная с Луиса (1883), со статьи, озаглавленной «*Патологические обсессии*», появляется слово «обсессии» (навязчивости).

С этого момента их сближают с неврозами, но вопрос об интеллектуальном или эмоциональном происхождении этих расстройств по-прежнему разделяет исследователей. Обсессивный невроз на самом деле ставит проблему связей эмоциональной и интеллектуальной жизни весьма двусмысленным образом. Жане выдвигает свою теорию снижения психической энергии и пытается связать психастению с навязчивостями, которые являются для него лишь продуктом деградации, вроде остатка более высокого уровня активности.

Если аффективное происхождение и было в конечном итоге признано, в частности благодаря Питру и Режи, то только работы Фрейда положили начало решению проблемы вследствие различения им судеб, присущих репрезентации и аффекту, приобретающему при обсессивном неврозе первостепенное значение.

### КЛИНИКА

■ Первым симптомом является *изоляция*, иначе говоря, первое, что поражает во время контакта,— это стерилизация эффективности, поскольку у больного обсессией мысль настолько замещает действия, что наблюдается почти полное исчезновение спонтанности. Она начинает служить постоянным экраном между ним и другими, так что первое действие обсессивного больного противоположно действию истерика: удалиться, установить дистанцию. Он думает и наблюдает. Это поведение в целом соответствует тому, что описано в психологии под названием *шизоидный характер*. В своей книге «*Шизофрения*» Минковский очень хорошо описывает этот характер, который, с нашей точки зрения, касается преимущественно обсессивных больных, в частности в отношении неспособности адаптироваться к аффективной атмосфере и в бесконечном и неуместном стремлении к воплощению своих идей.

Эта «изоляция» позволяет дистанцироваться от любой аффективной близости, отсюда холодность поведения и отсутствие эмоциональности, что, впрочем, не очень характерно для изоляционизма. Сексуальность бедна и чаще всего может проявляться только в садомазохистском контексте. На уровне речи, напротив, обсессивный пациент при каждом случае демонстрирует многословие. Его ум неиссякаемо логичен, даже если эта логика не всегда адаптирована. Непристойные темы его не стесняют, речь идет скорее об интеллектуальном приключении, чем о похотливых разговорах. Все, что он может сказать о сексуальности, лишено эмоциональности и не имеет никакого отношения к реальной сексуальной жизни. На более глубоком уровне изоляция является настоящим тормозом аффектов, о котором впрямую спросить, идет ли речь о системе защиты или о настоящем оскудении психической жизни. В любом случае имеется в виду охлаждение по отношению к себе самому, которое испытывает обсессивный пациент за счет кажущейся упорядоченности мира. Только в этом смысле его можно рассматривать как субъекта, оторванного от жизни. Ибо латентный аффект бодрствует; он проявляется чаще всего в контексте перехода к действию или жестокости.

■ *Навязчивый контроль* — вторая сторона симптоматики обсессивно-го пациента. Это похоже на то, как если бы, разбив на большом расстоянии палатку, он все время проверял все возможные протечки, откуда и следует навязчивый характер его озабоченности, темы порядка, точности, полноты, мания коллекционирования, которые встречаются вперемежку со всеми видами компульсий проверки. Из этого необходимо исключить два общепринятых феномена навязчивого контроля: *сексуальную навязчивость* и *идефикс (idee-fixe)*.

Обсессии в отличие от «изоляции» сексуальности, на деле не сексуальны, скорее напротив, всегда характеризуются темой порядка, которая, как мы увидим, является средством борьбы именно с либидинальными влечениями.

Что же касается идефикс, то какой бы она ни была повторяющейся и навязчивой, она тем не менее не является обсессией. Так, муж, все время опасющийся, напрасно или не без причины, что жена его обманывает, демонстрирует не обессию в том смысле, какой мы ей придаем, а чувство ревности.

Навязчиво влюбленный, не рискуя приблизиться к объекту своих мыслей, может создать целую систему контроля действий и жестов своей любимой, доходя до таких мельчайших деталей, что у него возникает впечатление общения с ней. Чувство ревности не очень выражено: в крайнем случае он может удовлетвориться успехом соперника, который

позволяет ему окончательно изолировать свои чувства и, возможно, продолжать свой навязчивый контроль в полном спокойствии: со свадьбой его «любимой» все в каком-то смысле упорядочивается!

■ **Обсессивный характер.** Все противоположно тому, что можно наблюдать у истерика; после первого периода отступления — второй, период загрузки и навязчивого контроля. Если истерик никогда не присутствует или только кажется, что он есть, то обсессивный пациент, напротив, поражает своим внезапным появлением в таком месте и в такое время, когда его совсем не ждали, или же своей необычайной памятью. Навязчивый контроль проявляется начиная с первых школьных успехов ребенка во время латентной фазы вплоть до диплома в экономической или индустриальной области, проходя через все мании коллекционирования, будь то книги, марки, старинная мебель, картины и другие объекты искусства, или денежные манипуляции. Педантичность, чистоплотность, скупость и упрямство представляют собой наиболее часто встречающиеся элементы фона клинической картины.

В рамках такой системы наиболее опасно непредвиденное. Установление по отношению к аффективному объекту дистанции, ни слишком короткой, ни слишком далекой, сразу оказывается под угрозой, как только всемогущество мышления подвергается сомнению.

— **Внешне** непосредственный ответ на утрату навязчивого контроля выглядит как грубая, даже деструктивная реакция, направленная на свои собственные объекты любви. Порой ограничивается простым потоком грязных ругательств на вербальном уровне, в других случаях может доходить до агрессии, столь же явной, сколь и неожиданной, в которой садизм никогда не отсутствует полностью.

— **На более глубоком уровне** латентный страх, никогда невытесняемый полностью как в истерии, проявляется целиком. Депрессия, если она наступает, чаще всего латентна, но и не менее тяжела. Обсессивный больной совершает суицид в методичной манере, без шума, в отличие от истерика. Поэтому эти суициды чаще всего удаются. В случае, если он выживает, рецидивы являются правилом — настолько невыносима нар-циссическая рана.

■ **Обсессивный ритуал** — другая судьба этой обсессивной двойственности. Каким бы классическим и демонстративным он ни был, он не является самым частым симптомом, как и большая конверсия у истерика. Он может рассматриваться как элемент тяжести состояния. Он может быть представлен прежде всего в виде **обсессии-импуль-сии**, классически описываемой как вторжение сомнений в мышление, сопровождающих его, имеющих внутренний характер, рассматриваемых

субъектом как болезненный феномен и не соответствующих сознательному Я; несмотря на все усилия избавиться от них, они устойчивы и исчезают только с их реализацией. Последняя не всегда сильно отличается от мании порядка и ранее описанных проверок. Реально же их смысл полностью трансформирован, поскольку они отныне приобретают характер *заклинания*.

Когда речь идет о том, что нужно три раза зажечь и погасить лампу перед тем, как уснуть, повторить какое-то слово или какую-то цифру перед тем, как перейти улицу, не наступать на нечетную ступеньку или же дотрагиваться, проходя мимо, до определенных объектов: деревьев, знаков дорожного движения — во всех этих случаях мы сталкиваемся с целой совокупностью действий, которые имеют почти магическое значение и повторение которых образует настоящий ритуал. Если их рассмотреть более тщательно, то окажется, что мы имеем дело лишь со сгущением двух предыдущих симптомов: изоляции арифметического и искусственного характера этих импульсов и навязчивого контроля через содержащееся в них повторение. К этому прибавляется третий фактор — всемогущество мысли или магическое мышление.

Но эта конденсация сама по себе оказывается неуправляемой, страх постоянно инфильтрирует действие, отчего и возникают эти бесконечные повторения, нескончаемые стирки, странности одевания, неполнота которых требует новых ритуалов. Это то, что называется *ритуальным аннулированием*, которое через заражение постепенно доходит до ком-пульсивной сети, совершенно отличной, особенно при значительном смещении, от инициальной obsessions. Именно таким образом некоторые ритуалы «заговаривания» (прикоснуться ко всем деревьям в лесу) могут привести пациента к состоянию настоящей деперсонализации.

### ЭКОНОМИЧЕСКАЯ СТРУКТУРА

■ *Репрезентация* «изолирована». Эта редукция действия к мысли есть специфический механизм вытеснения. Репрезентация, отделенная от желания, модифицируется таким образом, чтобы стать приемлемой для Сверх-Я; мысли могут отныне содержать сексуальную тематику, **они** подверглись изоляции, желание за ними не следует. Можно видеть, в какой степени это вытеснение неполно, а изоляция является сравнительно непрочным приспособлением.

■ Что касается *аффектов*, то они претерпевают *регрессию* (динамическую и временную) к *анальным репрезентациям*. Это значит, что существует настоящая рефессия Я, генитальные интересы «смещаются» на анальные. В данном случае речь идет не о фиксации аффективных отноше-

ний ребенка со своей матерью во время анальной фазы, а о вторичной фиксации, которая повторно использует анальный материал, исходя из потребностей либидинальной организации перед лицом эдиповской проблемы.

То, что в основном отличает анальную фазу от оральной,— это активная роль ребенка, дающего или нет свой фекальный ком и обретающего, таким образом, автономное могущество. Именно этот контроль воспроизводится в анальной регрессии. На деле самолюбование ребенка по отношению к своим испражнениям во время анальной фазы кажется, по крайней мере на первом этапе, полностью забытым; регрессия в определенном смысле возвращается лишь к таким проявлениям, как сохранение и контроль: ребенок на горшке, удерживающий свои испражнения, но тщательно строящий в стороне огромный замок из песка, настоящую «чистую какашку». Это трансформация исходного анального влечения в свою противоположность является типом защиты, названным *реактивным образованием*.

Таким образом, *анальное влечение* иногда вновь проявляется, но в грубой, порой катастрофической манере, как если бы оно должно было принуждать себя — отсюда содержащаяся в нем сильная агрессивная составляющая. Так, скарденый и экономный мужчина, обычно отказывающийся давать жене деньги, в которых она нуждается, может, напротив, дать большую сумму денег другу, которого он не видел целую вечность. Безусловно, это весьма напоминает маленького ребенка, отказывающегося наполнить горшок в присутствии матери, но охотно делающего это, когда он остается с соседкой. В действительности можно было бы легко провести пищевое сравнение. Реальное анальное влечение, удовлетворение и манипуляция испражнениями полностью перестраиваются при регрессии. Брутальность этого влечения отражена в названии «анально-са-дистическое». Навязчивый контроль всегда оказывается незащищенным от бурь влечения и следующих за ними ответных мер, кастрация всегда остается дамокловым мечом обсессивного пациента.

Совокупность этих проявлений удержания и удаления соответствует тому, что называется **анальным эротизмом**, встречающимся во всех типах поведения, будь то сексуальное, аффективное или социальное. Инфильтрация этих механизмов более утончена (и, с другой стороны, одновременно более экономична), чем это представляется. Любые компуль-сии порядка включают в себя некоторые манипуляции неопрятностью и беспорядочностью; так, навязчивый контроль в то же самое время удовлетворяет аутентичные анальные влечения, буквальным образом спрятанные под плотной сетью реактивных образований и своего безжалостного Сверх-Я.

Не следует забывать, что эта анальность есть лишь регрессия конфликта, который *a priori* является генитальным. Как говорит Буве, «одер-



жимый выражает Эдипов конфликт прегенитальным языком». Серж Леклер, со своей стороны, особенно настаивал на значении связи обсессивного больного со своей матерью. Обсессивный пациент является как бы любимым сыном неудовлетворенной матери, которая, как кажется, обращает свое обманутое ожидание к своему мужскому потомку. С этого момента они живут вдвоем в воображаемом мире как в «любимой тюрьме», говорит Леклер. Не доходя до таких крайностей, следует тем не менее подчеркнуть значение первых связей с матерью и прочное за-печатление, которое они оставляют: или всемогущественной манипуляции, или младенца, полностью вверенного материнскому уходу. Это за-печатление вновь может быть использовано в соответствии с требованиями эдиповского кризиса. Это в особенности касается случая маленького мальчика, который все же не сменил объект в прямой Эдиповой фазе. Образ же эдиповской матери пронизан куда более архаическими имаго. Идентификация с «садистической анальной матерью» позволяет защититься от влияния этого имаго и сохранении. Эдипов объект.

Идентификация с агрессором может, таким образом, приобретать крайне разнообразный вид. Изоляция по типу интеллектуальной функции может выполнять двойную роль: «увекочивать на периферии психики активную мать» и в то же самое время «управлять с помощью мыслей рассеиванием всех азимутов ее побуждений» (Дидье Анзье).

В этом случае идентификация остается в орбите Эдипова комплекса, каким мы обычно себе его представляем. Но куда уже в меньшей степени, когда овладение имеет основной целью предотвратить вторжение материнской депрессии, открывая этим путь для всех механизмов исправления родительских образов. Что и происходит, когда инцестуальный образ близок к тому, что А. Грин описал с помощью концепции «мертвой матери» (омертвляющая идентификация с депрессивной матерью). В этом случае изоляция — уже не защита по отношению к первичному соблазнению, а подавление аффектов, оказывающихся «замороженными», чем-то наподобие внутреннего трупа.

Овладение заключается в сохранении в прежнем состоянии этой инцестуальной инкорпорации... Отсюда недалеко до фетишистского сохранения. Так, обсессивная организация становится якорной точкой превращения перверсий. Начиная с этой точки обсессивный невроз удаляется от классического эдиповского конфликта и передает пальму первенства невротической аутентичности истерии... Именно на последнюю ссылается А. Грин, когда говорит об истерическом ядре, из которого могут формироваться обсессивные неврозы генитального типа: «Индекс истеризации... (является) тем более важным, чем больше связей сохраняет этот невроз с генитальностью». Другие обсессивные неврозы смещаются к пограничным состояниям и даже психозам.

**ОБСЕССИВНЫЙ НЕВРОЗ, ПОГРАНИЧНЫЕ СОСТОЯНИЯ И ПСИХОЗЫ**

В тех случаях, когда индекс истеризации слаб или даже не существует, депрессивные элементы выражены постоянно. Обсессивные неврозы, психастенические или характерологические элементы которых выражены, представляются в таком случае пограничными состояниями, невротическое оформление которых остается непрочным.

Таковы они в большинстве случаев, когда в симптоматике преобладают ритуалы. Будучи подлинными переходами к действию, они маркируют несостоятельность всемогущества мышления, целиком сохраняя зависимость от него: обсессивные ритуалы, в отличие от истерических конверсии, остаются опосредствованными мышлением. Эта дискомфортная ситуация создает неустойчивое равновесие, утрата которого приводит к тяжелой депрессии, если не к психозу.

Когда наконец симптомы навязчивых ритуалов выходят на первый план, сопровождаясь механическим и нелепым поведением, или когда убежденность в заклинаниях становится почти бредовой, можно полагать, что речь уже идет лишь о невротических стигмах, имеющих защитный характер по отношению к нижележащей психотической структуре.

**НЕВРОТИЧЕСКАЯ ДЕПРЕССИЯ**

■ Невротическую депрессию трудно клинически описать, поскольку она может быть хорошо замаскирована.

— С самого начала и прежде всего она представляет собой основной элемент невротической декомпенсации.

Страдание, связанное с обесцениванием нарциссического образа, какова бы не была его предполагаемая причина, меняет процесс мышления. Психическая жизнь как бы коагулируется в единственном действии, имеющем тенденцию занять все место: руминации.

Речь идет об адской машине, разъедающей субъекта изнутри, выбирающей наиболее болезненные тайники души и парализующей психическую деятельность вплоть до аннулирования большей части загрузок.

Несмотря на обманчивый внешний вид, мы имеем дело с очень активным, а значит, дорогостоящим процессом: вся наличная психическая энергия обслуживает руминацию.

— В хрупких, но пока еще не компенсированных неврозах депрессия остается менее выраженной и часто замаскированной. Иногда имеется в виду латентный и привычный дистресс, побочные проявления чаще всего выражаются реакциями агрессивного типа, в обыденном языке называемыми «дурным характером» (не путать с неврозом характера).

Обычно депрессия проявляется необоснованной агрессивностью, феноменами нетерпения.

Можно также опознать большой невротический симптом в латентном состоянии или на пути к декомпенсации, разоблачающей не проявившуюся нарциссическую слабость.

— Наконец, существуют все виды промежуточных вариантов, связанных с неуточненным внутренним заболеванием или же с расстройствами функциональной природы, переполняющими медицинские карты. Эти состояния, могущие приобретать облик невроза судьбы — невроз неудачи, неврозы заброшенности, — не должны рассматриваться как зависящие от эссенциальной депрессии.

■ Невротическая природа депрессии проявляется в способности использовать депрессивную боль с целью психической проработки, несмотря на симптомы руминации и даже отказ.

Появление третьего лица (реального или воображаемого в фантазии) может, по крайней мере временно, разорвать порочный круг руминации для более ассоциативной психической продукции.

Излишне говорить, что для этого могут потребоваться важные предварительные условия, в частности время. Ситуации неудач, сепарации, разлуки могут, несмотря на внешнюю обманчивость, вызвать действие траура, означающего проработку Эдиповых конфликтов: деструктивный аффект может мутировать в реконструктивный. Он наблюдается в самой сердцевине трансферных мутаций, вновь мобилизующих эдиповские имаго.

— Эта возможность мутаций аффектов подчеркивает значение недооцененной истерии, связанной с депрессией.

Эмоциональная инвазия может быть единственной стигмой одновременно истерии и депрессии. Но это не самое распространенное сочетание: обычно *минимальная* конверсия и депрессия чередуются так, что можно сказать, что невротическая депрессия есть вторая натура истерии.

— У обсессивных пациентов депрессия, как мы видели, имеет существенно более тяжелый характер, что приводит к подкреплению овладения и аффективного торможения, которые могут стать единственными знаками обсессивной депрессии.

Но аффективные мутации становятся очевидными не только пройдя через защитную сеть. Так, депрессия у обсессивных больных является ключевым моментом, позволяющим заметить и сделать операциональным еще возможное для использования невротическое сопровождение, если оно существует.

Таким образом, депрессивный аффект может, по крайней мере на некоторое время, восторжествовать над подавлением и обсессивной изоля-

цией, контрастируя с обратным движением, вписанным в стратегию охранения внешних проявлений. Депрессия оказывается по ту сторону защитной преходящей истеризации, она позволяет депрессивному обсессивному пациенту, по крайней мере в благоприятные моменты, восстановить восприятие своих аффектов.

■ В конечном итоге невротическая депрессия выявляет:

- по ту сторону строгости Сверх-Я нарциссическое зияние Я в связи с непрочностью идентификаций, позволивших ему себя сформировать;
- интеграцию (или нет) эдиповской кастрации через способность проработки трауром;
- и, наконец, и прежде всего то, что она есть пробный камень возможности проработки предсознательного и как следствие — специфическая область психической жизни.

Без минимального опыта депрессии, без работы траура аффективная жизнь не найдет выхода наружу.

Способность к трансформации и проработке всего того, что в жизни воображения связано с деструктивными депрессивными аффектами, остается загадочной.

Не состоит ли парадокс депрессии в том, что, с одной стороны, в своих наиболее поведенческих проявлениях (руминация, агрессивность, суицид) она обнаруживает массовое заключение психики в ее инцестуальную оболочку и с другой стороны, она может быть детонатором возможных мутаций психики к проработке, культуре и даже созиданию?

Невроз покоится, без сомнения, на этих двух аспектах.

#### БИБЛИОГРАФИЯ

- Anzieu (D.). — Du fonctionnement psychique particulier a l'intellectuel // *Topique*. La sublimation voies et impasses II, 34, janv. 1985, p. 75-87. Balint (M.). — *Le difautfundamental*. Paris: Payot, 1971.
- Bergeret (J.). — Les etats limites // *Rev. franc, psychanal*, 34, n° 4, juillet 1970, Paris: P.U.F. p. 600-634. — Les etats limites // *Encycl. med.-chir., Psychiatrie*. T. III, 37, 395, A 10, Paris, 1970, p. 1-13. — *La personnalite normale et pathologique*. Paris: Dunod, 1974. — *Etats limites et depression*. Paris: Payot, 1975. — *La violence fundamentals*. Paris: Dunod, 1984. — *Les interrogations du psychanalyste*. Paris: P.U.R, 1987. Bonnafe (L.), Ey (H.), Pollin (S.), Lacan (J.) et Rouart (J.). — *Le probleme de la psychogenese des nevroses et les psychoses*. Paris: Desclee de Brouwer, 1950. Bourdcer (P.). — Aspect du pessimisme freudien // *Rev. franc, psychanal.*, 34, n° 2, Mars 1970, P.U.R, Paris. Bouvet (M.). — (*Euvres psychanalytiques, la relation d'objet*. Paris: Payot, 1967.
- Braunschweig (D.) et Fain (M.). — *Eros et Anteros*. Paris: Payot, 1971.

- Braunschweig (D.) et Fain (M.). — *La nuit, le jour*. Paris: P.U.F., 1975.
- Cosnier (J.). — *Les destins de la féminité*. Paris: P.U.F., 1987.
- Cyrulnik (B.). — *Sous le signe du lien*. Hachette, 1989. — *Les nourritures affectives*.
- Odile Jacob, 1993. Diatkine (R.). — *L'abord psychanalytique de l'hystérique*. Confrontations psychiatriques // *Hystérie*, n° 1, sept. Paris: Specia, 1968. p. 85-100. Ellenberger (H.F.). — *Living and dying*. New York International universities Press, 1972. *A la découverte de l'inconscient, histoire de la psychiatrie dynamique*. Villeurbanne: Simep Ed., 1974. Pairbairn (R.D.). — *Une libido en quête d'objet // Les stades de la libido de l'enfant à l'adulte. Les grandes découvertes de la psychanalyse*. Bela Grunberger, Janine Chasseguet Smirgel. Tchou, 1978, p. 193-203. Fenichel (O.). — *La théorie psychanalytique des névroses*. Paris: P.U.F., 1983. Freud (S.) et Breuer (J.). — *Études sur l'hystérie*. Paris: P.U.F., 1956. Freud (S.). — *Cinq psychanalyses*. Paris: P.U.F., 1967. — *Inhibition, symptôme et angoisse*. Paris: P.U.F., 1965. — *La prédisposition à la névrose obsessionnelle // Rev. franc, psychanal.* M, 1929, p. 437-447. — *Études sur l'hystérie*. Paris: P.U.F., 1956. — *Analyse terminée et analyse interminable // Rev. franc, psychanal.* 1938-39, 10-11, n° 1, pp. 3-38. — *Pour introduire le narcissisme, 1914 // La vie sexuelle*. P.U.F., 1977. p. 81-105. Gary (R.). — *Lapromesse de l'aube*. Paris: Gallimard, 1980. Gendrot (J. A.), et Racamier (P. C.). — *La névrose d'angoisse // Encycl. med.-chir. Psychiatrie*. T. II, 37330 A 10, 1967, Paris, p. 1-9. Green (A.). — *Névrose obsessionnelle et hystérie, leurs relations chez Freud et depuis // Rev. franc, psychanal.*, 28, n°5-6, sept-déc. 1964, Paris, p. 679-716. — *Le discours vivant*, Paris: P.U.F., 1973. — *La mère morte // Narcissisme de vie Narcissisme de mort*. Paris: Ed. de Minuit, 1983. p. 222-253. — *Passions et destins des passions // Nouvelle revue de Psychanalyse*. La passion, n°21. Paris: Gallimard, printemps 1980. p. 5-41. — *Lafolieprivée*. Paris: Gallimard, 1990. Guillaumin (J.). — *Entre blessure et cicatrice*. 01420 Seyssel: Ed. du champ vallon, 1987. Hollande (C.). — *À propos de l'identification hystérique // Rev. franc, psychanal*, 37, n°3, mai 1973, p. 323-330. Lacan (J.). — *Écrits*. Paris: Seuil, 1966. Laplanche (J.). — *Vie et mort en psychanalyse*. Paris: Flammarion, 1970. — *Nouveaux fondements pour la psychanalyse*, Paris: P.U.F., 1987. Laplanche (J.) et Pontalis (J.B.). — *Vocabulaire de la psychanalyse*. Paris: P.U.P., 1967. Leclaire (S.). — *L'obsessionnel et son désir // L'Évolution psychiatrique*. 1959. III, p. 383-408. Marty (P.). — *La dépression essentielle // Rev. franc, psychanal.* 32, n° 3, mai-juin 1968. Minkowski (E.). — *La schizophrénie* Paris: Desclée de Brouwer, 1953. Palazzoli (M.S.), Boscolo (L.), Cecchin (G.), Prata (G.). — *Paradoxe et contreparadoxe*. Paris: Editions E.S.F., 1978. Perier (F.). — *Structure hystérique et dialogue analytique*. Confrontations psychiatriques // *Hystérie*, n° 1. Paris: Specia, sept. 1968. p. 101-118. Segal (H.). — *Introduction à l'œuvre de Melanie Klein*. Paris: P.U.R., 1969.

*m*  
ПСИХОТИЧЕСКАЯ СТРУКТУРА

П. ДЮБОР

«Обыденное» медицинское наблюдение за психотическим больным не позволяет с уверенностью *уловить* суть психоза. В доказательство мы могли бы привести многочисленные и часто блестящие *описания*, которые существуют в медицинской литературе, но которые не могут тем не менее претендовать на постижение сути.

Задолго до того как стать объектом описания, внешне наблюдаемое и могущее в любом случае быть «*воспринятым*» в свойственном нам временно-пространственном синтаксисе, психотическое проявление размещается — и это его основной признак — в пространстве *совершенно иного*, заслуживая в этом качестве приписываемой ему квалификации «сумасшествия»<sup>1</sup>.

Это, конечно, *отчуждение содержимого*, какое проявляется в галлюцинациях, бреде, «безумных идеях» любой природы, но особенно *отчуждение, касающееся содержащегося*<sup>2</sup> — именно в этом, как мне кажется, и состоит своеобразие психоза. Отчуждение содержащего первоначально вносится в само структурирование психического феномена, *мыслительную проработку*, такую, какой мы ее наблюдаем и знаем (пока еще очень пло-

<sup>1</sup> В оригинале: «*aliens*» — сумасшедший, душевнобольной, умалишенный (*фр.*), имеет семантической оттенок «инакости», «чуждости», «отчуждения», «отталкивания» (*прим. пер.*).

<sup>2</sup> В оригинале: «*contenu*» и «*contenant*» (*фр.*) — содержимое и содержащее, образованы по аналогии с «означаемым» и «означающим» (*прим. пер.*).

хо), оно в особенности проявляется в способе, каким нервная система, физиологически чувствительная к *воспринимаемым различиям* (а не только к *абсолютным значениям*), с самого начала укоренена в дифференцирующем измерении, т.е. в *восприятии расстояний, связей и структур*.

Эта дифференциальная чувствительность нервной системы проявляется во всех формах психической активности.

■ *На уровне реального или воображаемого.* В перцептивной активности, где формальные различия обнаруживаются в синхроническом пространственном вычленении образа.

В *фантазмах*, где к предыдущим синхроническим вариациям добавляются вариации диахронического порядка истории, события и запоминания.

■ *На символическом уровне.* Эхо этого дифференцирующего восприятия обнаруживается в *вербальном структурировании*, воспроизводимом в *оппозиционном вычленении означающего, дифференциальном артикулировании означаемого* (см.: де Соссюр «Курс общей лингвистики» [20], с. 162).

Так, будучи последовательно *интегрированной* в сеть структур, все более и более дифференцированных для *нарастающего семантического значения*, перцепция, приспособленная к восприятию реальных форм и частично заключенных в них экономических загрузок (образующих функционирования воображаемой части психического), сохраняет, в пользу *все более и более символической организации*, только структурные *направления схематической артикуляции* (их границы), чтобы удерживать лишь их вербальные репрезентации. Таким образом, она частично покидает *порядок реального* (и связанную с ним экономию) к выгоде *семантической организации*: одно компенсирует другое или, точнее, одно дополняет другое.

Эта дифференцирующая организация остается ключевым элементом здорового или невротического функционирования, она требует *отдельного и биполярного существования* субъекта и объективного мира (или репрезентаций последнего).

В случае невозможности функционирования в данном ключе мы оказываемся в условиях *униполярной организации* [3], реализующейся либо в абсолютном расщеплении<sup>1</sup> (базовая «инакость», *чуждость*), либо в

<sup>1</sup> Часть объекта и часть субъекта, будучи в контакте, но разделены в их взаимной общности, формируют псевдоцелостность. *Парциальный объект*, базово отделенный от других (и, значит, *чуждый*), может, почти как в *метонимии*, служить, временно или достаточно устойчиво, цельным объектом для части субъекта (или парциального субъекта), равным образом временно заменяющего отделенный *субъект* (останки мира как сама целостность своего тела: одним словом, *расчлененный и отчужденный*). Заметим попутно, что термин «парциальный субъект» обычно не употребляется, но он представляется не менее удачным, чем термин «парциальный объект», который, на мой взгляд, не учитывает того факта, что этот парциальный объект на самом деле в это время функционирует на месте целостности.

слиянии (без объективируемой дистанции и, значит, без возможного осознания); последнее проявляется в своей полноте в том, что *заменяет мышление* психотика; первое же представляется нам самым замечательным феноменом, который мы попытаемся изложить на нескольких последующих страницах. Теоретическое понимание *способа психотической организации*, динамического и клинического подхода к нему должно, как нам представляется, рассматриваться как более важное, чем прямое разъяснение содержимого или выражающее его клиническое описание.

Эта ситуация объясняет совершенно специфические затруднения, с которыми сталкиваются терапевты, привыкшие сначала прорабатывать и изучать содержимое, а затем приступать к проработке и изучению *содержащего*, являющегося для нас первым этапом на пути понимания психотика — *первым*, но, конечно, *не единственным*, так как этап собственно обсуждения «чувства»<sup>1</sup> психотика также существует, но является относительно диссоциированным, поскольку чувство не всегда признается в качестве такового пациентом, который на протяжении целого периода времени его скорее *переживает, испытывает*, чем *понимает*.

Попытаться описать и интерпретировать психоз — в высшей степени дерзкое предприятие, если учесть, что важнейшая особенность *психотического опыта* состоит, как мы это увидим, в относительной утрате психической рамки референций<sup>2</sup>, той, которую все имплицитно воспринимают в качестве своей, как содержимое своих ощущений, той, сквозь которую воспринимают (*фон*, на котором прописываются различия, обсуждаемые далее), той, что, следовательно, определяет самое обычное оформление нашего содержимого и поэтому также служит имплицитной рамкой референций предполагаемых клинических описаний.

Здесь уже будут присутствовать не только «сумасшедшие» персонажи; в психозе, если можно так выразиться, более не существует ни *личности*, ни «мира», есть слияние всего или функционирование расщепленных кусков. Как же можно охарактеризовать психоз, не описав кратко это особое функционирование, которое задолго до того как найти выражение в своем означаемом содержании, навязывает собеседнику экзистенциальный способ *ментализации*, причем *предобъектный* характер этого способа требует совершенно необычного *функционального и структурного регистра*, который, я повторюсь, специфичен для *психотического «безумия»*.

<sup>1</sup> В оригинале: «*sens*» (*фр.*) — имеет очень много значений и не может быть переведен одним термином: чувство, ощущение, сознание, смысл, рассудок, значение, мнение, точка зрения, сторона, направление {прим. пер.}.

<sup>2</sup> В оригинале: «*reference*» (*фр.*) — отношение, ссылка, отсылка; термин, часто используемый в современных гуманитарных науках, имеет более широкое семантическое поле, описывая, например, систему «культурных референций», совокупность усвоенных и признанных в данной культуре базовых значений, ценностей, смыслов и пр., что-то вроде системы координат данной культуры.



Итак, в этом *формальном* действии, запускающем свойственные ему элементы ментализации, к которым мы обратимся в первой части этого описания психозов, я хотел бы в первую очередь обсудить *психотическое объектное* отношение и его непосредственное значение для возможности репрезентации и коммуникации.

■ *Речь психотика*

**Действие и конкретное мышление.** Первичная неспособность к обособленному существованию (и как следствие к диалогу) заставляет нас говорить о языке психотика как о *неязыке*; последний на самом деле умеет лишь *выражать*; вне означающей вербальной дифференциации он недостаточно открыт для любой *изменчивости* ввиду незрелости содержащегося в нем диффузного объектного отношения. Постараемся к тому же *прочувствовать* по образу психотика жизненный опыт, который он проживает, его *стиль выражения*. Таким образом мы окажемся на уровне регистра, *заменяющего ему язык*, регистра большей *экспрессивной* выразительности, чем собственно *коммуникативная* речь, регистра, вероятно, более близкого, как мы увидим, к стилю функционирования через *действие*, нежели *вербальному* функционированию. Мы выйдем на самые архаичные аспекты существования и коммуникации, на подлинную *посюсторонность взаимоотношений*, близкую к слиянию, в котором, в отличие от того, что происходит с невротиком или здоровым субъектом, существует лишь опыт (и, если так можно выразиться, лишь одно место действия) диффузности или расщепленности.

Недостаточность или даже неспособность психотика к воображаемому и символическому дистанцированию естественным образом освобождает место эквивалентным системам прямого выражения влечений не через ментализацию, а через *воплощение*.

На деле речь идет не о настоящем психическом феномене, идее или желании (которые обязательно содержат воспоминание об отсутствующем), а о подлинном *овеществлении* любой попытки ментализации. Обычное для мышления свойство воображения освобождает место *галлюцинаторному, или бредовому, воплощению*, с помощью которого нео-и псевдореальность замещает в *воспринимаемой имманентности своей материальности* проблематичное и лишь только *репрезентативное* свойство того, что могло бы быть настоящей активностью воображения, вызывающей образ отсутствующего.

Эта тенденция к воплощению находит выход в материализованной и *«действенной»* организации экзистенциального поля, в котором определенное организующее (в интерпретативном значении) вычленение реальности становится *внешним и воплощенным* выразителем того, что в норме должно принадлежать внутренней области *намерения и желания*.

Эта *воплощенная экстериоризация*<sup>1</sup> позволяет, таким образом, заместить осознание внутреннего желания (т. е. *инсайт*) драматизированной постановкой, имеющей целью некоторую организацию вовне воплощенной модальности (которую я бы на этом основании назвал *аутсайдом*) и транспонирования во внутреннюю и субъективную систему мышления и аффекта; это и есть то, что некоторыми авторами называлось «конкретным мышлением исихотика» [21].

Объяснительное проективное «вычленение» реальности замещает мышление и служит психотику областью связи, тогда как именно *поле языка и мышления*, обычное место избирательной и привилегированной встречи, является нормальным уделом этой функции.

Исходя из этого, работу с психотиком лучше начинать на *конкретном* уровне жестов, мимики, восклицаний, коннотаций или намерений, которые он избирательно воспринимает у своих собеседников, нежели на уровне вербализации, торжестве предсознательной проработки осознанных мыслей в строгой номинативной активности. Кроме того, именно поэтому можно легче «проиграть» свои влечения или «быть сыгранным» в подчеркнутой *мимической актуализации*, близкой к психодраме, чем сделать это в чисто вербальной психотерапии. *Артикуляция этих двух регистров* оказывается у психотика *первостепенной в любой коммуникативной активности*.

К тому же ввиду своей способности больше *идентифицироваться*, чем существовать в отделенной форме, психотик благодаря идентификации будет лучше интегрироваться в беседу двух близких собеседников, чем включаться в настоящий диалог (по этой же самой причине он иногда предпочитает говорить о себе в третьем лице). Это есть определенный период созревания, который с исихотиком следует во что бы то ни стало соблюдать.

Более чувствительный к *абсолютному значению*, к количеству энергии, которая его оживляет и которую он прямо воспринимает в своем глубинном телесном опыте, чем к *более интеллектуализированному восприятию различий и качеств*, психотик всегда более чувствителен к «музыке», чем к «речи»... Скажем для большей ясности, что у него *одно не идет без другого* и что *переход к вторичному вербальному периоду должен логически предваряться или сопровождаться различными уровнями действия*.

**Это представление должно, на мой взгляд, оставаться пробным камнем любого понимания и любого подхода к психотерапии психоза и психотика.**

<sup>1</sup> Это слово принадлежит Фрейду, который сказал по другому поводу: «То, что было внутри, становится внешним».

Эта особенность психотического функционирования приводит нас к признанию первостепенной важности *институционального* терапевтического подхода (и не только в форме встреч). Институциональное ввиду своей структуризации и своего функционирования должно стать для психотика *привилегированным местом действий*, их *пожинания* и их прогрессивной интеграции во *вторичную языковую сигнальную систему*, местом избирательного перехода (благодаря игре успешных интроек-ций) от *аутсайда* к *инсайду*.

Не входя в детали этого метода, я выделю в качестве примера два типа подхода к психотику через институализированное *действие*, которые я описывал ранее и к которым заинтересованный читатель может обратиться.

— В теоретическом плане речь идет о нашем докладе на Лионском коллоквиуме «Психиатрия и медицинская психология в больнице общего профиля»; 20-22 сентября 1974 года (опубликованном в журнале «*Psychologie Medicate*», т. 7, № 4), где мы уточнили теоретические основания «мульти-канальной» организации («делать и говорить») учреждений для психотика, направленных на объединение *в результате суммирования* субъекта, распыленного во множественных расщепленных *действиях*.

— С другой стороны, в порядке сопряженной идеи мы описали метод институциональной психотерапии, основанный на возможном акцентировании *структурирующих интроекций* путем последовательного использования для *взаимного усиления* двух периодов — *присутствия и отсутствия* — в учреждении или вне учреждения.

Практика показала (на что и позволяла надеяться теория), что после периода клинического лечения при выписке на определенный, заранее фиксированный период субъект переходит из *реальной* (через его присутствие) институциональной системы терапии к системе, обращаясь к *воображаемому представлению*<sup>1</sup> (во время периодов отсутствия), что реализует,— когда умеют соблюдать определенный срок отсутствия (не слишком короткий, не слишком длинный, меняющийся в зависимости от субъекта и периода лечения) — *значительное акцентирование интроекций* через *усиленную игру чередования присутствия и отсутствия*, восстанавливая этим генетическое развитие нормальной ментализации, также основанной на присутствии и отсутствии объекта.

Не будем более настаивать на этом практическом применении, мы описали данное специфическое терапевтическое предприятие только в качестве примера использования учреждения как места *действия* [7]. Вслед за описанием объектного отношения мы перейдем к клиническим, семиотическим структурам, собственно и образующим основные

<sup>1</sup> В оригинале: «*evocation*» (фр.) — заклинание, вызывание (духов), восстановление в памяти, припоминание (прим. пер).

*клинические варианты симптомокомплексов*, выделенных в классической нозографии. Соображения семиотического порядка изложены в предыдущей главе, поэтому мы не будем давать здесь «*внешних*» клинических описаний, воспроизводящих то, что куда в более полном объеме представлено в блестящих трактатах, выполненных задолго до нас, и что в любом случае не соответствует объекту наших интересов в данной работе.

Описание занимает относительно малое место в сравнении с *отно-шенческим* «подходом» и основанной на нем *терапии*. Мы закончим наш обзор психоза именно на терапевтической специфике, которую позволяет наметить подобное понимание; мы намеренно кратко излагаем клинику за счет *максимальной динамической близости*, клиническое значение и терапевтическая эффективность которой компенсируют академическую бедность.

#### ПСИХОТИЧЕСКОЕ ОБЪЕКТНОЕ ОТНОШЕНИЕ

Не воспроизводя здесь полностью нормальное развитие объектного отношения (выходящего за рамки, которыми мы себя ограничили), мы должны все же указать место психоза в генетической эволюции индивида.

Представляется очевидным (Фрейд [11,12], Абрахам [1], Федерн [9], Ференци [10], Шпиц [28], Фромм [16], Рейхман [3, 16, 21], позднее Буве [3], Нашт [21], Рекамье [7, 8] и др.), что оно характеризуется преимущественно фиксацией и непрохождением предобъективного регистра, как его определяли эти авторы. Предполагается, что первоначально кормление участвует, если можно так выразиться, в способе *слияния и идентификации с диффузной общностью*, где пока еще не существует разделения между субъектом и его окружением и где обмены воспринимаются не как приобретения (*регистра обладания*), а как простое *расширение своего бытия*. Таким образом, понятно доминирование в этом «диализе» механизмов *поглощения и слияния*, свойственных этому периоду и послуживших причиной его определения как принадлежащего к *оральной фазе* развития. Сразу же напомним, что под этим названием понимаются не только *механизмы*, но прежде всего уровень *структурирования* (и, значит, мышления). Эти механизмы избирательно запускают проявления орального типа (каким бы не был предполагаемый путь введения: рот, глаза, нос, анус, кожа и пр.). Они генетически предшествуют возможности различения *внутреннего и внешнего* (вместе с содержащимися в них границами и, естественно, пространством, которое они очерчивают, — основой *будущего Я*).

**Способы функционирования этой системы**, видимо, существенным образом связаны с появлением или уходом, управляемым двухпо-

лярным феноменом *интродекции* (помещение внутрь) или *проекции* (вынесение вовне), однако без возможности появления на этой стадии, преимущественно *униполярной*, образования, способного к *истинному объектному дистанцированию*, без *дифференцирования* между внутренней реальностью и окружающей средой. Сукцессивное повторение периодов *отсутствия*, а затем *возвращения* матери или человека, ухаживающего за ребенком, последовательно запускает *галлюцинаторные* периоды *желаний* (имеющих следствием недостаточность удовлетворения) и их дифференциацию от *подлинного удовлетворения* в *реальном присутствии* внешнего объекта, в котором нуждается ребенок. Чередование периодов удовлетворения и нужды соответствует *чередующимся проявлениям влечений*, в особенности пищевому влечению (однако не без присутствия на этой стадии испытаний иного порядка), чередующимся ощущениям наполненности и опустошенности, удовлетворенности и нехватки, стремящихся в норме *организовать субъекта в функциональное единство* как *место испытаний* и, если говорить до конца, как *субъекта*.

Это место вначале единственно в самом простейшем смысле (существует только субъект запечатления *униполярного опыта* кормления).

Повторение присутствия и отсутствия, связанного с удовлетворением и нехваткой, позволяет мало-помалу изолировать *субъекта чувствующего* от его *внешнего полюса* — субъекта, который вследствие этого оказывается вскоре отщепленным по функциональной линии разграничения, установленного возможным *отсутствием*, нехваткой *{присущих внешним элементам}*, и непосредственным характером восприятия (отграничивающим *сектор, присущий субъекту и его внутренней среде*).

У здоровых субъектов переход от *диффузной и униполярной нарциссической* ситуации к постепенному освоению *биполярного* субъект-объектного *дистанцирования* дает начало первым проявлениям *автономизации Я*, постепенно отделяющегося от окружающей среды. Существование «Я, отделенного от формирующего его объекта» (Лебовичи [17]), означает переход от униполярного способа существования к объективной биполярности; этот переход отделяет то, что психоаналитики называют предобъектной ситуацией, характеризуя одноименный способ отношения к объекту, отличающегося от отношения, которое называется объектным и для которого свойственно разделение субъекта и объекта.

Счастливые достигают этого зрелого процесса, называемого *персона-лизацией* (Рекамье [22]), равно размежевывающего переход в *зону психотического функционирования* и вход в *невротическую или нормальную проблематику*.

В плане психического функционирования формирование *Я*, отделенного от *не-Я*, с одной стороны, делает возможной дифференциацию между внешней и внутренней (или фантазматической) реальностью, а с дру-

гой — оказывается современником способа *бытия* поведенческого, и в особенности психического, фундаментальным образом артикулированного на имплицитном признании субъекта, отделенного от объектов, на сепарации, способной быть выраженной в своем психическом содержании через *репрезентации* (отличающиеся от восприятия внешней реальности) и, наконец, *вербально передаваемой*. И именно это приобретение отделенного существования *Я-личности* оказывается несостоятельным у психотического пациента.

### **Мать психотика**

Независимо от органических факторов, которые всегда могут вмешаться в расстройства психического развития, фактор воспитания, а следовательно, роль *генетических элементов*, в особенности *ранних отношений с матерью* (как с первым объектом структурирующей *идентификации*), оказывается крайне важной.

Совершенно особое место должно быть предоставлено в этой перспективе *матери психотика*, которая благодаря своей глубоко фундированной манере может поддерживать кормление, а позднее и самого пациента в ситуации, непригодной для облегчения зарождения *личностных* проявлений.

■ **Гиперпекающая мать** не позволяет ребенку достичь регистра желания, постоянно присутствуя (и предвосхищая малейшие желания, делая их таким образом несуществующими).

■ **Отсутствующая мать** (реже) не дает возможности ребенку связать (это *период желания*) мучительное ожидание с репрезентациями желаемого объекта.

В этих двух случаях важный элемент демонстрирует явную недостаточность для порождения функции желания.

**В первом случае:** недостаточность мотивации из-за избыточного присутствия матери, не допускающей возможности *«просвета»*, в котором возникает желание.

**Во втором случае:** представление становится бесполезным из-за того, что оно никогда не бывает дополненным (и, так сказать, подкрепленным в качестве *промежуточного* этапа), а позднее бессмысленным в *качестве ощущения* из-за опыта удовлетворения, который не наполняет его значением для заброшенного ребенка.

Это также случай ребенка, удовлетворенного некстати и невпопад: случай матери, «не ожидающей просьбы» (дающей есть, когда ребенку холодно, и укрывающей его, когда он хочет есть) и *приписывающей* ему свое собственное желание.

Именно в этом состоит определенная форма дискордантности между выражением *физиологических потребностей* и *смыслом (искаженным)*, который мать ему приписывает (почти как при неправильном переводе); ребенок кричит, *а мать не умеет опознавать и называть влечения*<sup>1</sup>. В дальнейшем, ввиду *идентификации*, будет невозможно лучше интегрировать эту функцию, порождающую *инсайт*. Здесь обнаруживается один из наиболее важных корней *неспособности к ментализации* [4, 14] влечений, их репрезентации, их названия. Это также одно из проявлений, наиболее часто встречающихся у психотика, у которого искаженная функция желания оказывается неспособной *реально означать явления*, связанные с *влечением*.

Однако материнская функция не ограничивается этой, хотя и очень важной, ролью связывания (или, если это предпочтительней, *спаивания*) требования влечения в его проявлении с его значимым объектом. К этому важному, в его структурирующей роли по отношению к *содержащему* (т.е. *развитию способностей репрезентации влечений*), дефекту добавляются дефекты на уровне *содержимого*, являющиеся следствием природы, свойственной его составляющим, и прямо связанные с их психической организацией: мать психотика, движимая, как мы видели, в основном собственной патологической потребностью *исключительности*, не умеет предоставить возможности наметить личностное отношение. Это умственная диспозиция в равной степени ведет к удалению ребенка от любых возможных выходов вовне, и в особенности в направлении того *другого*, который представлен *отцом психотика*. *Материнская вездесущность* не только делает невозможным установление отношений ребенка со своим отцом, особенно в плане воображаемого (в связи с зависимостью, существующей между воображаемым матери и тем, что рождается у ребенка), но и полностью удаляет из своего собственного содержимого все, что может напомнить и предоставить место *третьему персонажу, Другому, отцу*, всему, что могло бы, благодаря признанному присутствию третьего в *воображаемом* матери и ее *дискурсе*, на этом уровне ввести ребенка в *треугольную* размерность.

Этот феномен, введенный в аналитическую проблематику Ж. Лака-ном<sup>2</sup> под названием *форклюзии*, приобретает решающее значение в недостаточной созидательности Я<sup>3</sup> психотика.

<sup>1</sup> И тем более переводить их в «акты», из чего и рождается значение, представленное на данном этапе в этом первом *действии*. В этом состоит важный момент понимания психотика и его лечения (см. сообщение П. Дюбора на *Конгрессе психоаналитиков романских стран*: Лион, июнь 1971).

<sup>2</sup> *Лакан Ж.* Ответ на комментарий Ж. Ипполита по поводу «Verincinung» Фрейда// *La Psychanalyse*. PUF, Paris, I, 1946.

<sup>3</sup> В оригинале: «*ntoique*» (*фр.*) — термин, не имеющий точного русского аналога, нечто вроде «*яйности*» (самости) (*прим. пер.*).

В самом деле, стоит только отцу психотика оказаться в свою очередь не в состоянии помочь ребенку сепарироваться от матери, последний сразу же оказывается заточенным (что патология нам и демонстрирует) в *униполярном и диффузном* регистре, непригодном для удовлетворительного объектного укоренения и равно непригодном для нормального психического функционирования. Стесненный в освоении объекта и установлении своей автономии, психотик (недифференцированная часть предобъектной матери) никогда не может «добиться соответствия» какого-либо объективного поиска своей потребности; отчужденный<sup>1</sup> по определению и, можно сказать, по сути, он дискордантным образом формирует два неявных полюса функционирования, приводящие к настоящей *диссоциации экономики и ощущения* с:

— **внутренним полюсом «инстинктивного импульса»**, нарастающего, направленного на спонтанную разгрузку влечений (избирательно реализующегося прямыми, но нементализированными переходами к действию), имеющего преимущественно экономическое значение;

— **внешним полюсом репрезентации** (так как он обладает необходимым психическим инструментарием), не выражающим его желания, несогласованным как ощущение, но являющимся лишь *отчужденным эхом бесповоротно инородного* внешнего, не опосредствованного желанием или влечением (откуда и возникают *галлюцинации и бред*).

Последнее свойство объясняет «дискордантный» аспект, свойственный психическому психотика, являющийся иногда лишь *отражением извне и других*, довольно близкий тому, что психосоматики описали под названием *проективного удвоения* (Marty, De M'Uzan и Ch. David [20]).

Здесь речь идет о проработке мысли, привнесенной извне, так сказать *инъецированной* в мышление возвратным путем. Эта мысль не выражает восприятия реальности в аффективной и селективной размерности субъекта и его влечений. Она представляет собой лишь организацию психического поля способом, близким к воспроизведению воспринятого в соответствии с функциональными модальностями, характеризующими эту нервную деятельность.

Почти как компьютер, организующий сообщения, которые он принимает в зависимости от определенных, полученных извне программ, без какой-либо возможности противопоставить им какие-либо личные данные (компьютер не желает, он выполняет), психотик часто организует, как если бы у него были лишь физиологические возможности (т.е. по программе сенсорного типа, определенной существованием нервной системы), образы и *восприятия* в некоторый *синтаксис*, не являющийся выражением желания

<sup>1</sup> В оригинале игра слов: «*aliene*» (фр.) — сумасшедший, безумный и отчужденный, отстраненный (прим. пер.).



или выбора, который можно считать личностным. Он представляется отражением внешней организации, принесенной, так сказать, *извне*.

Не способный продуцировать и опознавать в качестве своих *репрезентации, ответственные за его означение*, психотик не располагает возможностью четко отделить реальное восприятие внешнего мира от того, что может быть результатом активности *ментализации, образно выражающей желание* (опознанное в качестве такового) как *психическую активность внутреннего происхождения*.

Таким образом он легко становится центром *галлюцинаторной или бредовой* ошибки, которая лишь выражает эту неспособность отделять *реальное* от *фантазматического*, невоспринимаемого в качестве такового: он *будет проецировать*, т.е. формировать в *перцептивной* форме *внешней псевдореальности* изобразительные элементы деятельности своих влечений (внутренних), не чувствуя, как это бывает в норме, всей субъективности, характеризующей у здорового субъекта обычное переживание *желания* в его *фантазматической и репрезентирующей проработке*, в той же мере, в какой *воображаемый образ* дифференцирован от *восприятия*.

Итак, определив психоз как модальность ментализации, характеризующуюся неразделенностью субъекта и объекта (под знаком *слияния и не-персонализированности*), мы представим основные синдромальные оси, группируя под «различными наименованиями» большие функциональные совокупности, соответствующие специфическим формам объектного отношения, ранее определенным и сгруппированным в членениях *нозографической таксономии*.

#### Организация Я

Отмеченные, как мы подчеркивали, более или менее значительным отсутствием объектной организации на различных этапах развития, направляясь от *первичного нарциссизма* к *анальной* организации, проходя через оральную *шизопараноидную стадию* к *депрессивной* (как говорят *кляйнианцы*), не забывая уже о специфических аспектах перехода от так называемого *парциального объекта* к *целостному*, и разворачиваются эти различные напластования объектных отношений и их клинических аспектов. Эти этапы занимают весь так называемый период *оральной либиди-нальной организации*, который у психотических пациентов оказывается фиксированным на различных уровнях этого *предобъектного* (и, естественно, *прегенитального*) структурирования.

Мы должны здесь, однако, отметить, что объектной стадии и ее стратификации не достигает лишь *организация Я*, организация, которая на ее

различных фазах (оральной, анальной, фаллической) позволяет постепенно достичь основных аспектов *объектного структурирования* (особенно *эдиповского*). Последнее, как предполагается, затрагивает клинические и семиотические аспекты этой проблематики, относящейся в основном к нормальной и невротической организации. Я бы настаивал на том, что речь идет лишь о *прогрессирующем созревании* этих последовательных структурирований и их завершенности в *примате генитально-сти*, отсутствующем у психотика. Это не есть, как можно было бы предполагать, пережитой *опыт* анального или генитального испытания, естественно представленного у психотика (его не следует путать с *младенцем*, как это слишком часто делается); психотик прошел в течение своей жизни через опыт анального или генитального ряда, у него плохо определены именно фазы *анального* или *генитального* структурирования.

Механизмы запечатления<sup>1</sup>

В зависимости от конкретного случая мы встречаем у психотика механизмы невротической защиты, такие, какими их описывают Бержере и Шартье (невротического или обсессивного типа), или куда более регрессивные механизмы, которые связаны с определенным возвратом к первичному нарциссизму (какие мы встречаем, например, при аутизме и шизофреническом апрагматизме) и вся симптоматика которых имеет лишь *обманчивое* значение, представляя собой только попытки пациента разрешить проблемы тем или иным способом, недостаточные, чтобы говорить о *подлинных структурных организациях*, в частности не обладающих прочностью, характеризующей *истинные структуры* (см. по этому поводу главу Ж. Бержере).

На самом же деле они отражают использование *функциональных систем*, существующих у пациента, таких, как «вызывать навязчивости», «вызывать страх», и позволяющих при необходимости с помощью *страха кастрации* временно избежать *страха расчленения*, который мог бы его охватить в некоторых обстоятельствах. Это то, что можно, например, видеть в случае аутентичных шизофренических психозов, которые отчаянно «цепляются» за определенные *обсессивные образования*, помогающие им удержаться «*in situ*», неподвижно как кол среди зыбучих песков и представляющие собой то, что когда-то называли, чтобы дефференцировать от проявлений, встречающихся при настоящих обсессивных структурах, понимаемых существенно иным образом, *дегенеративными обсессиями*.

<sup>1</sup> В оригинале: «*mecanismes d'emprunt*» (фр.) — термин, имеющий более широкое семантическое поле: заимствованные, ненастоящие, фальшивые, притворные, показательные механизмы (*прим. пер.*).

В дальнейшем изложении мы ограничимся представлением основных симптомокомплексов, описанных под различными названиями и в разных клинических единицах, в виде *модильностей организации* на разном уровне *предобъектной структуризации*.

## КЛИНИЧЕСКАЯ ОРГАНИЗАЦИЯ

### Аутизм

Первый и наиболее архаичный из этих уровней организации, несомненно, характеризуется *шизофреническим аутизмом*, который во избежание «травмы» от невозможности установления хорошего отношения с окружающими объектами проявляется в основном в избирательной и упорной *фиксации* систематической деятельности разгрузки внешнего мира и в возвращении *вне репрезентации и . ментализации* (порождающей объекты и внешний мир) к образу жизни, близкому к биологическому. Это реализуется в возврате к состоянию *первичного нарциссизма*, вызванного *сном*, сном, который может, впрочем, быть явленным у некоторых субъектов, «дремлющих» или, по крайней мере, почти постоянно находящихся в состоянии *клиностазии*, в классической позиции «*подружейной собаки*» или, как ее еще называют, «сэмбриональной позе», явно указывающей на крайний уровень регрессии их обыденного опыта. Эта *аутистическая* позиция может к тому же в крайних формах сопровождаться систематическим отказом от всех контактов, и в частности отказом от пищи, что может серьезно ухудшить штальный прогноз. Здесь следует сделать одно замечание относительно возможного понимания подобных состояний. Если в связи с: подобными проявлениями можно на самом деле иметь в виду возвращение к эмбриональной ситуации с содержащейся в ней внутриутробной [материнской связью, то было бы неверным думать о какой-либо *означаности преднамеренности* со стороны пациента (то, что отличает их от истерических проявлений, могущих реализовываться во внешне сходной симптоматике).

Речь, в сущности, в большей степени идет о попытке возвращения к *объектному нулю*, обеспеченного в вошпогнении значения первичного *действия*, разряжающегося вне любой *ментализации* и вне любого *означающего намерения*, как и вне *коммуникации*, в систематическом *сведении к небытию\** всего, что могло бы в большей или меньшей степени содержать в себе какую-либо объектную или отношенческую зависимость даже на чисто репрезентативном уровне (деструкция мышления).

<sup>1</sup> В оригинале: «*neantisation*» (фр.) — уничтожение, < обращение в ничто, «онсбытийст-вованис» (прим. пер.).

К тому же, как можно заметить, в этом *уничтожающем действии* подавляется всякая возможность *сформировать какое-либо желание*, проработка которого сопровождается избеганием. Последнее замещается непосредственным воплощением: *действие заменяет желание, мешая ему проявиться*. Так, например, *тотальная и реализованная пассивность*, встречающаяся при шизофреническом апрагматизме, *заблаговременно замещает любое желание* (и любое осознание желания) возвращением к *первичному нарциссизму*, к полноте благополучия позиции всеприсутствия до объектной зависимости. С этой тактикой, я полагаю, можно в основном связать *процесс хронизации* [3] (госпитальной или нет), которую приписывают пациенту по отношению к его болезни и внешнему миру. Непоколебимая устойчивость этих состояний, хорошо известная в «приютной» среде, на деле выражает *крайнюю экономическую стабильность*, добытую в относительном комфорте ощущения всемогущества, которое им предоставляет *необъектная'* позиция.

#### Кататония

Другой уровень этой *необъектной* позиции, видимо, достигается в *кататонии*, при которой, как известно, преобладающим феноменом оказывается почти полная мышечная контрактура с ригидностью тела и отдельных членов; сущность кататонии как раз и состоит в одновременном напряжении антагонистических мышц, любопытным образом органично-вающих любую сегментарную моторику, что придает пациенту статуарный облик (называемый сохранением позы).

Этот мышечный феномен, классически относимый к клиническим формам шизофрении, содержит в себе весьма специфический опыт, один из основных аспектов которого, несомненно, образован предварительной «блокировкой» любого движения, а стало быть, любого *обращения* к какому-либо объекту. Для кататонической позиции, я полагаю, характерно реальное исчезновение на уровне *мышечного действия* любой моторной инициативы (а значит, и желания, которое она могла бы содержать) субъекта, заранее таким образом избавленного от любого *объектного поиска*.

#### Параноидный бред

Другим элементом этого предобъектного объектного отошения оказывается (и это, вероятно, наиболее известно) *галлюцинаторное, или бредовое, образование*, встречающееся в клинике *параноидной шизофре-*

<sup>1</sup> А значит, без осознания *недостаточности*.

нии. Здесь все происходит так, как если бы субъект, не имеющий более возможности сохранять себя в необъектном состоянии (как это было в предыдущем случае), не располагает еще на уровне *истинной объект-ности* (т.е. как *Я-субъект*, отделенный от своего объекта, который мог бы быть опробован в качестве *отделенного объекта* окружающей среды,— феномен, при котором можно говорить о существовании *сепарированного и ценностного объекта*).

На этой промежуточной стадии, между двумя крайностями, которые мы только что определили, находится уровень связи с парциальным объектом, на котором существующие объекты более не отрицаются, но на котором они и не воспринимаются как отделенные от субъекта (и, значит, принадлежащие внешнему расчлененному миру). Речь идет о стадии, когда объект воспринимается как принадлежащий его *бытию*, но еще не *обладанию*. В этом опыте невозможно *a priori* отделить настоящий *внешний объект*, источник удовлетворения влечения, от его *галлюцинаторной репрезентации*, внешнего оформления желания, в котором существует галлюцинаторная реактивация (внутреннего происхождения) мнематических следов удовлетворения от предыдущего контакта с ним.

На этом уровне субъект не способен отделить свое желание или свой фантазм от внешнего восприятия, имеющего для него такое же значение. Обычно он приходит к глубинному смещению *реального и фантазма-тического, внутреннего и внешнего, объективного и субъективного* опыта, который на этой промежуточной стадии точно не разделен.

Этим объясняется особое богатство клинических форм галлюцинаторных и бредовых проявлений.

Объекты удерживаются отделенно в качестве сепарированной целостности лишь целостным субъектом (мы имеем в виду *отделенным* от окружающей среды и связанным с ней после конституирования *Я*). У психотика объекты, напротив, воспринимаются как составляющая часть их существа, и мы возвращаемся здесь к так называемому качеству *парциального объекта*<sup>1</sup>, на значение которого указала Мелани Кляйн [17]. Качество парциального объекта, я полагаю, дополняет понятие *парциального субъекта*, четко характеризующего *полюс субъекта*, до конституирования настоящего сепарированного *Я*, создающего в том же событии *целостный субъект*, отделенный от своих равно *целостных объектов*.

Именно это свойство парциального объекта подтверждает, мне кажется, совершенно специфическую способность *галлюцинаторной или бредовой проекции* отображать одну часть субъекта на другую *часть его же самого*, являющуюся на этой стадии еще не отделенной от него внешним миром. Я должен уточнить, что это определение парциального

О котором iv мы уже говорили ранее, см. с. 230.

характера объекта («не отделенной части Я») на самом деле не совпадает с определением Мелани Кляйн, но мы предпочли сохранить это наименование, объясняющее тип связи субъекта со своим парциальным объектом, который, по моему мнению, может дополнить кляйнианские исследования по этому поводу (не противореча им). Более точно кляйнов-ское определение парциального объекта основано на возможности (которую продемонстрировал Фрейд) перемещения в процессе расщепления *плохой части Я вовне субъекта* (хорошая часть остается в связи с этим интериоризованной). Реализованная таким образом операция является тем, что принято называть *проекцией плохого объекта*. Эта проекция плохого объекта осуществима на этой стадии именно благодаря неразделению субъекта и объекта, которое мы описали выше. Это действие проекции вовне в галлюцинаторной или бредовой форме *плохого объекта* является одним из наиболее типичных механизмов орального действия, представленного, как известно, в течение всего этого периода возможностью перемещения в явлении диализа, идущего от одного из полюсов к другому (полюсов, еще не разделенных на этой стадии на *субъектность* и *объектность*) определенных конституирующих их элементов. Выгода этой психотической проекции состоит в возможности удаления к *дис-тальному краю плохой части*, это неотделяемая<sup>1</sup> проекция *во* внешнюю среду (а не *на* внешнюю среду, как это происходит, например, при невротической фобической проекции).

В клиническом плане этот способ действия характеризуется возникновением бредовых или галлюцинаторных проявлений, в которых субъект проживает как «экзогенное») то, что могло бы восприниматься как плохое (например, в случае бредовых идей преследования, в которых *агрессивность субъекта* переносится на других, вовне), и сохраняет для себя самого бесспорные выгоды такой ситуации в экономическом плане. «*То, что внутри, всегда хорошо...*» — в этой привилегированной ситуации субъект всегда может любить и считать себя достойным любви.

Интересно констатировать, что на этой стадии, специфичной для шизофренического объектного отношения, все демонстрирует значительную расплывчатость *функции субъекта*, типичным образом раздробленного на *многочисленные островки*, которая характеризует так называемый «*расчлененный*» опыт шизофренического существования в его важнейшем клиническом контексте: *отчуждении*. Последнее представляет характерный способ функционирования этих неструктурированных Я, действующих вследствие этого лишь в виде разрозненного парциального субъекта и парциального объекта, без возможности когда-либо до-

<sup>1</sup> В оригинале: «*consubstiihtioneh (фр.)* — религиозный термин, означающий «сдино-сущность», «неотделимость» {прим. пер.}.

стичь более полной проработки Я, отделенного от своего объектного мира. В клиническом плане это выражается в особом «флоттирующем» облике пациентов, которые никогда не могут, так сказать, включиться в текущую реальность.

#### Паранояльный бред

Все обстоит совершенно иначе при так называемой *паранояльной* личностной организации. Клинически она характеризуется завышенной самооценкой, презрением к другим, представляя, по Ракамье [24], очевидность «*организованного и неотчужденного Я*» (т.е. *топически выстроенного Я*), способного «*к организованным действиям, рефлексивным актам., отлитого в определенную социальную форму...*»

В этих более «развитых», чем предыдущие, структурах «Я», по-видимому, конституировано как существующее, но оно может допустить объектное существование лишь в той мере, в какой объект позволяет ему реализовать всемогущество своего контроля над ним. Это основное условие объектной организации параноика.

На деле речь идет об очевидном *нарциссическом* эквиваленте, одно лишь подтвержденное *всемогущество* которого может компенсировать специфически хрупкому Я утрату (всегда болезненную для нарциссизма) первичного всеприсутствия. Если субъект невездесущ, то необходимо, по крайней мере, чтобы он был *центром, определяющим фактором и создателем*, которому объект (как освобожденный раб) будет обязан «своей жизнью и своей деятельностью»...

На этой важной и трудной фазе развития Я «*объект не рассматривается как таковой, он всегда не более чем инструмент...*». Я бы добавил, что инструмент, не отделимый ни при каких условиях от своего создателя, подтверждающий таким недорогим для него образом ощущение его *всемогущества* и его огромного значения, от которого он не может отказаться.

Как параноидный больной может, если захочет, разделяя себя, отделить хорошую часть себя самого от плохой, которую он отщепил, так параноик (*фиктивно конституируясь в отделенного субъекта*) достигает этого лишь при недвусмысленном условии контроля за распределением благ, присваивая себе все, что может оказаться хорошим. При параноиде существует два или множество *расчлененных* субъектов, для которых конституирование объекта остается ненадежным, а для параноика существует лишь один *совершенный субъект* и лишь один *объект-мусор* (или выгребная яма, по Ракамье), и он (параноик) может выступать в качестве отделенной сущности только при условии, что он будет лучшей частью системы.

Это объясняет преимущественно *гомосексуальный* выбор этих пациентов, везде ищущих себя в этом действии. Следует заметить, что гомосексуальный выбор параноика, блестяще отмеченный Фрейдом [13] в его исследовании случая Шрейбера, на самом деле представляет, как он это назвал, промежуточный выбор или, если можно так выразиться, компромиссный выход<sup>1</sup> между *нарциссизмом* или любовью к себе самому и *объектной любовью*.

В плане отношений с матерью можно аналогично сказать, что шизофреник являет несеиарированную часть последней. Представляется, что параноик, который кажется совершенно недавно отделившимся от своего первичного объекта, должен любой ценой избегать аффективной и поглощающей встречи с последней (матерью), оцениваемой как слишком опасная, поскольку она еще слишком значима. Он защищает хрупкость своей недавней *автономии* с помощью отбрасывающей *проекции* по отношению к этой последней (или любой ситуации, которая может быть припомнена).

За невозможностью поддерживать *тотальное слияние* и *нарциссиче-ский* комфорт, который оно предоставляет, *параноик* сохраняет в этой позиции свой статус *хорошего субъекта*, защищенного от атак плохой матери-объекта, удерживаемой на дистанции.

Таким образом он может утверждаться в качестве относительно *сепарированного субъекта*, полностью сохраняя нарциссические преимущества, дарованные ему этой проекцией: за невозможностью продолжать обладать всем он в конечном итоге может функционировать при недвусмысленном условии чувствовать себя обладателем *всего хорошего*.

Последнее замечание делает бесполезным уточнять, я полагаю, *дере-альную* (в значении бредового) сторону этих явно сильно укрепленных<sup>2</sup> личностей, их несоразмерную и патологическую *гордость*, их *презрение* к окружающим, за которыми они наблюдают с недоверчивым любопытством и к которым они могут приблизиться лишь с крайней осторожностью и чтобы выведать о них возможные *мерзости*...

Не способный к любому желанию, которое он считают опасным, параноик, слабый в своем псевдовсемогуществе, пытается без конца уверить себя в своей добросовестности по отношению к другому: таким образом он не обнаружит своего желания быть любимым. Для этого он охотно использует деаффецированный путь *справедливости*, которую он будет искать в бесконечных *процессах*, или *основания* в *логических* дискуссиях, иногда изумительных, где прямолинейными рассуждениями

<sup>1</sup> В оригинале: «*terme de passage*» (фр.) — логический термин, означающий средний член силлогизма (прим. пер.)

<sup>2</sup> В оригинале: «*assurees*» (фр.) — термин, имеющий более широкое семантическое поле, означающий одновременно «обеспеченных», «застрахованных», «заручившихся», «огражденных», «находящихся в безопасности» (прим. пер.).



старается скрыть от него самого и от других трагическую убогость своего двуличия.

Это короткое описание параноика, *сверхструктурированного и систематизированного* в том, что можно было бы рассматривать как жесткий «характерологический панцирь», весьма близко подводит нас к *размытости, отсутствию границ, словом к ирреальности и совершенной имматериальности* его шизофренической пары — *параноика*.

### Депрессия

Другой уровень предобъектной организации Я может быть представлен так называемой клинической *депрессивной* позицией, *оральная организация* которой выражается в другой характеризующей ее функциональной модальности — я имею в виду так называемую *интроективную активность*, противопоставляемую *проекции*. В данном случае, который, по Мелани Кляйн, наиболее близок к истинной объектной позиции, все выглядит, как если бы субъект, утрачивающий свои мегаломанические и нарциссические иллюзии вездесущности и всесилы, устанавливал первую *реальную* и объектную *связь* с внешним миром, в котором он рикошетом оказывался бы *слабым и беспомощным*, зависимым, совершенно *неспособным* уверить свое Я в своих возможностях и реальном доминировании<sup>1</sup> над объектами, объектами отныне *отделенными* (и требующими завоевания), фундаментально отличающимися от первых определяющих объектов первичной идентификации.

Напротив, именно в ослабляющем и опасном испытании зависимости по отношению сначала к материнскому объекту, а затем к самым близким объектам, воспринятым в базовом опыте *трагической слабости и мольбы*, вырабатывается новое чувство существования.

*Дереализующей утопии шизофреника* (утопии в этимологическом смысле отсутствия места) и *манихейской гиперутопии параноика*, основанных на отрицании реальности, ускользающей от всемогущества Я, противопоставлен *депрессивный опыт*, характеризующийся реальным признанием объекта как существующего и этим же самым погружающий субъекта, оказывающегося *«редуцированным к своим собственным размерам»*, в *драматическое ощущение* своего *бессилия*. У некоторых пациентов вследствие определенных событий (траур, неудачи, утрата любимого существа или любимого объекта либо, напротив, при неожиданной удаче или успехе) можно встретить возвращение на *депрессивную позицию*, которую мы попытались очертить и в которой, как это прекрасно показал Фрейд [ 12] в

В значении обладания.

своей работе «*Траур и меланхолия*», урон, нанесенный субъекту (который не может решиться окончательно оставить *фрустрирующий объект*), вовлекает его в обратное регрессивное действие, характеризующееся восстановлением внутри него самого посредством *идентификации через интро-екцию плохого объекта*, обреченного на *сохранение любой ценой*.

Эта идентификация, содержащая *плохое свойство* новой интроекции, будет выражаться особой аффективной окраской депрессии: *базовым обесцениванием, печалью, выраженным пессимизмом и отсутствием всякого жизненного порыва*<sup>1</sup>. В клиническом плане она выражается *психомоторным упадком, замедлением речи и жестикюляции, идеаторной заторможенностью, душевной болью*.

Этот упадок может продолжаться у различных субъектов в течение различных периодов времени и часто разрешается обратным явлением, называемым *манией*, в которой *отрицается* мучительный характер *объектной очевидности*. Почти как при шизофренической недифференцированное™ или проекции вовне у параноика, в определенном виде это явление встречается и при мании (магическое *псевдопреодоление* отрицаемой объектной зависимости, несмотря на конституирование объекта как реально и отдельно существующего).

Можно сказать, что эти маниакальные состояния, протекающие с возбуждением и *маниакальным торжеством* кипучей, а иногда и обвальная радости, *психомоторным возбуждением, скачкой мыслей, игривыми ассоциациями, игрой слов, усиленной жестикюляцией и речевым напором*, представляют собой *защитное отрицание депрессии*.

Это позволяет понять существование у одних и тех же пациентов то маниакальных, то депрессивных периодов, один из которых является, так сказать, защитной позицией по отношению к другому, формируя классическую картину крепелиновского *маниакально-депрессивного психоза*.

Это же в равной степени объясняет всю возможную вариативность этой клинической ассоциации, переходящей от простой картины рецидивирующей меланхолии без маниакальных эпизодов к *циклическому колебанию* между двумя противоположностями, перемежающейся эпизодами полной клинической нормальности. Существование у пациентов уже установленной связи с целостным объектом может, кроме того, объяснить возможность дальнейшего клинического выздоровления, в котором нормальное клиническое отношение вне этих периодов декомпенсации позволяет, в определенных пределах, вернуться к периодам, характеризующимся непсихотическим переживанием (ни меланхолическим, ни маниакальным), что давало прежним авторам доказательства в пользу благоприятного прогноза маниакально-депрессивного психоза.

<sup>1</sup> В оригинале: «*elan vital*» (фр.) — «жизненный порыв», термин, использованный А. Бергсоном для описания врожденной способности живого к активности {прим. пер.}.

Краткий обзор основных психических механизмов в порядке их регрессии позволяет предположить, что вытеснение: главный невротический ответ, располагается, как правило, на генитал[ьном уровне. В случае устойчивого неуспеха вытеснения Я изыскивает механизм, часто встречающийся при любой пограничной патологии (см. главы по проблеме защиты и по пограничным состояниям и близким к ним расстройствам), — раздвоение имаго, связанного с другими механизмами, близкими проекции, форклюзии, отказу. Фрейд указывал, что Я скорее предпочитает деформироваться, чем расщепляться. Тем не менее, если эти механизмы оказываются неуспешными, мы рискуем в посягательстве на интегрированность Я углубиться дальше в направлении психотических процессов: такое Я начинает расщепляться, раздваиваться, шрежде чем достигнет возможной степени крайней деградации — разбмения, расчленения на разрозненные ядра, утрачивающие между собой любые связи.

Стадия раздвоения имаго соответствует двойшой связи с реальностью: одна часть внешней реальности, переживаемая как позитивная и внушающая доверие, правильно воспринимается Я, но другая часть реальности, рассматриваемая как стесняющая, фрустрирующая, беспокоящая или опасная, оказывается либо деформированной в смысле большей безопасности, либо в большей или меньшей степени игнорированной. Именно в этом заключается образ действия, часто встречающийся у незрелых лиц любого возраста вне (и, я бы даже сказал, до) любой четко определенной структурной организации. Подобное расщепление, направленное на объектные репрезентации, может привести к феноменам *дереализации*, часто несправедливо смешиваемой с деперсонализацией. Совершенно типичный пример этого дает нам Фрейд в своем письме Ромену Роллану «*Расстройство памяти на Акропате*».

Деперсонализация в собственном смысле словш состоит еще в более регрессивной психической операции. Если эта дихотомия, перенесенная на имаго, не сдерживает анксиогенное давление, Я субъекта будет двигаться к своей прогрессивной фрагментации, где: оно достигает собственной дихотомизации. Это уже не только внешний объект, в отношении

<sup>1</sup> Речь идет об очень спорных психопатологических понятиях, частой путанице между деперсонализацией, дереализацией, бредом, расчленением Я, расщеплением субъекта, расщеплением Я, расщеплением имаго и определенным числом близких или выдвигаемых на первый план на определенном этапе развития теории и в определенную эпоху понятий.

которого следует применять предосторожности и устанавливать дистанцию, а внутренний объект, который связан с первичным нарциссизмом и который оказывается принесенным в жертву более или менее утраченным. Если эта нарциссическая утрата доходит до фантастического восстановления в теле субъекта, мы сталкиваемся с ипохондрическими механизмами; если же эта попытка фантастического восстановления реализуется на уровне самого психического, мы приходим к аутистической позиции. Но существует положение, в целом мало стабильное, когда еще не существует необходимости ни в телесном, ни в психическом «помешательстве», когда нарциссический объект утрачен (или утрачивается) пока без возможности компенсаторного восстановления ни в регрессивном предобъектном направлении, ни в спасительном объектном направлении; это момент *деперсонализационного* криза.

Речь идет о том, говорит М. Буве, чтобы ускользнуть из анксиогенной ситуации, не находясь более в ней и не слишком пока расшатывая структуру Я. За границами этой стадии мы достигаем *раздвоения личности*, доходящего иногда до полной *фрагментации* на разрозненные ядра. Начиная с этого момента целая часть Я возводит более успокаивающую фантастическую неореальность: это и есть *бред*.

Дереализация, деперсонализация, раздвоение имаго, фрагментация и бред суть лишь последовательные этапы в направлении регрессии Я, но не в простом конфликте генитального действия с объектами (как в классическом неврозе), т.е. не во внутреннем конфликте с самим собой, а в реальных затруднениях *контакта* с внешними и внутренними объектами; совокупность их репрезентаций оказывается более или менее экс-тернализированной в отношении всего того, что делает их слишком устрашающими.

Дереализация, говорит нам З. Фрейд, может легко случиться с нормальным человеком, это простой дефект психической деятельности; некоторая часть реальности становится чуждой его собственной личности, тогда как деперсонализация соответствует части Я, которая становится чуждой себе самой,— это «сомнение сознания». Когда защиты от влечений (в особенности вытеснение) или от реальности (в особенности отказ) оказываются недостаточными, часть предварительно удаленных репрезентаций влечений и объектных репрезентаций возвращается в сознание, не опознающее их. Отсюда этот оттенок «чуждости», ощущаемый субъектом как в феноменах дереализации, так и деперсонализации. Это регрессивный обвал Я перед неудачей старых защит; субъект более не рискует инвестировать либидо ни во внешние объекты, ни в собственное тело, как и не может более идентифицироваться с объектом, сохраняющимся в целостности. Часть того, что является «внутренним», должно переживаться как «внешнее» по отношению к границам Я. Здесь мы

оказываемся очень близки к описанию детей с «аналитической депрессией» (Р. Шпиц) или «симбиотических» детей (М. Малер). Как и образ самого себя, чувство «целостного я-сам» формируется у ребенка с момента познания объекта; позднее все трудности опознания, понимания, утраты объекта могут привести к расстройствам ощущения реальности (дереализация) или ощущения себя (деперсонализация). Однако деперсонализация ни в коей мере не совпадает во временном плане с бредом, поскольку фантастическое состояние объекта пока еще не полностью скрыто, место, в котором должен располагаться объект, сохраняется, хотя и пустым, пациент пока еще знает это именно в той мере, в какой он ощущает, что это место оказывается незанятым (негативная галлюцинация).

Мы не можем закончить этот параграф, не проведя четкого различия между *истинной деперсонализацией* (криз, вызванный значительным фантастическим предобъектным регрессивным явлением) и простым *деперсонализационным страхом*, часто встречающимся при незрелых, еще неструктурированных организациях, как, например, при различных вариантах пограничных состояний.

Эти два феномена связаны с проблемами утраты объекта, но первый располагается на уровне предобъектной регрессии, тогда как второй чаще всего остается фиксированным на уровне оральных взаимосвязей. Истинная деперсонализация соответствует первичному ослаблению нарциссизма, этапу тревоги и защиты от бреда. Простой деперсонализационный страх есть лишь знак прогрессивного и вторичного ослабления нарциссизма; это прежде всего знак, этап и защита депрессивного (чем бредового) регистра, что, конечно, не означает, что невозможен переход от феноменов второго ряда к феноменам первого (см. пограничные состояния).

#### ПСИХОТИЧЕКАЯ ВСЕЛЕННАЯ

##### Ж.-П. ШАРТЬЕ

Не будучи однозначным, психоз тем не менее создает странную, необычную и незнакомую вселенную.

В начале шизофрении, когда необычность смешивается с ощущением деформации мира, психотик может сам испытывать ощущение странности. П. Рекамье настаивает на том факте, что выход из психоза равным образом представляет собой этап возвращения к ощущению странности.

На самом деле для психотика странна обыденная пластичность человеческой психики, он ускользает от нее, совершая прорыв вовне индивидуальной истории. Непрерывность его собственного существования об-

ретает четкость лишь через овладение новизной (Бинсвангер), через омертвление времени, крайняя форма которого — катонический статус.

При неврозе энергия влечения может фиксироваться внутри психического посредством системы влечение—защита: таким образом, можно говорить о «внутренних конфликтах». В психозе движение влечения не в силах создать систему влечение—защита из-за несостоятельности идентификационных образов. Последние, по сути, образуют фундамент, важнейшую опору смещения влечения—защиты. В этом случае они лабильны, мало устойчивы или устрашающи. На самом деле всегда существует интроекция имаго, в том числе и в случае психоза, при том почти постоянном отличии, что лишь самые архаические имаго — исходящие из проекции инфантильной мегаломании — обосновываются в форме садистического и всемогущественного Сверх-Я. При неврозе архаический осадок покрыт эдиповским Сверх-Я, гуманизированным образами отцовской и материнской идентификации. В психозе требования влечения сталкиваются лишь с устрашающим архаическим Сверх-Я и никакая интериоризированная система не может быть сформирована. Существует настоящий «схизис», может быть, наиболее фундаментальный схизис психотического мира, между влечением и тем, что могло бы служить защитой. Таким образом, остается единственное решение — эвакуация вовне в дисперсированном состоянии всех этих элементов, что и влечет за собой примат механизмов проекции.

Однако следует внимательно относиться к словам: невротическая проекция фундаментально отличается в той мере, в какой существует проекция совокупной системы влечение—защита, т.е. переформированного образа, обязанного внутренней психической проработке (например, игра в полицейского и вора). Ничего подобного нет в психозе, где проекция с самого начала расчленена на разрозненные элементы: влечения, садистическое Сверх-Я, следы идентификаций. К тому же проекция является витальной необходимостью, поскольку в отличие от невроза не существует приспособленной буферной системы, позволяющей накапливать энергию влечения без того, чтобы она не стала тем не менее слишком мучительной.

Итак, сингулярной истории Эдипа при неврозе следует противопоставлять тоталитарную географию проекции при психозе, делая из этого определенные выводы. Эта география объясняет сущностную дилемму психотической организации: как проецировать вовне собственную субстанцию, не теряя контроля над ней, т.е. не претерпевая окончательной геморагии.

Паранояльная система достигает определенного успеха в разрешении этой дилеммы, размещая продукты проекции на орбите, но не упуская их из вида. Паранояльный контроль состоит в удержании объектов на достаточной дистанции, ни слишком близкой по причине риска возвращения проекции, обретающей форму преследования, ни слишком далекой по причине утраты субстанции и перспективы успешно реализованного расчленения.

Средства, чтобы любой ценой удерживать эту дистанцию, многочисленны и разнообразны. Авторы классической психиатрии говорили о феноменах «ограждения»<sup>1</sup>, понятие, которое мы можем экстраполировать на совокупность механизмов защиты от возвращения проекции. Они могут сводиться просто к отказу слышать другого, фразы которого дробятся, слова расчленяются, и, с этого момента, буквы могут капля за каплей проглатываться без всякой опасности. Или же просто укрываясь в неминуемость, выходя из нее только во время разговора между третьими лицами, стараясь избежать риска прямого вмешательства и постоянно наблюдая за развитием событий. Другие, более утонченные средства могут заключаться в принятии переносного смысла в качестве прямого и наоборот. Наконец, в случае дистресса психотический пациент может попытаться «перекормить» своего собеседника, передавая ему безумные ассоциации, чтобы он в них затерялся или чтобы сделать его безумным (С. Резник).

Но самый большой успех состоит в проникновении в тело другого, в частности в тело терапевта, чтобы манипулировать изнутри страхом, который буквальным образом интроецирован. Это и есть проективная идентификация, описанная Мелани Кляйн.

Иногда объекты, выведенные на орбиту, перестают быть преследующими и сразу же начинают восприниматься как хорошие объекты лишь на основании их географического равновесия (ни слишком близко, ни слишком далеко). Это то, что может происходить, когда в окружении психотика появляется новичок, оцениваемый в качестве «хорошего объекта». Кажется, что психотик помещает в него свои сокровища, но ситуация быстро нормализуется, новичок также становится частью преследователей: хорошие объекты могут быть как бы заражены плохими.

Таким образом, существование хороших объектов часто является лишь видимостью, вызванной сиюминутным равновесием системы. Напротив, существование плохих объектов, т.е. необходимость для психотика окружать себя преследователями, не кажется более мистическим, когда становится понятным, что речь идет о возвращении проекций, которые психотик должен в каком-то смысле иметь под рукой.

Персекуторный характер проекций является правилом на двух уже известных основаниях:

— с одной стороны, требования влечения исходно имеют персекуторный характер в той мере, в какой неудача приручения\соблазнения, позволяющего первичным возбуждениям трансформироваться в любовь\ненависть, оставляет в необработанном состоянии квантум напряжения, не пренебрегающего возможностью разрушающим и устрашающим

<sup>1</sup> В оригинале: «*barrage*» (фр.) — барраж, застава, ограждение, цепь, плотина, запруда, блокировка {прим. пер.}.

щим образом вернуться к субъекту. По отношению к такой ситуации понятно, что проективная эвакуация является единственно возможным выходом;

— с другой стороны, интроецированные обрывки архаического и ме-галоманического Сверх-Я реконструируют персекутирующий мир, единственная цель которого — создание карающего бога или, по крайней мере, главаря всемогущественной банды; другие же персонажи окружения и вообще все люди являются в конце концов не более чем марионетками. По этой причине психотик обладает усиленным тропизмом к любому авторитарному образу, избранному месту своих магаломанических проекций: он обнаруживает здесь единственное восстановление нарциссического образа, который, будь он даже безумным, позволяет ему обрести определенное единство вселенной.

Сексуальные влечения также эвакуируются, и часто избирательно, в тело родителей или их заменителей под видимостью эдиповских связей: «моя мать — шлюха», «трактор — это мой отец, приходящий ночью меня украсть». Эдиповские следы более не находятся под воздействием вытеснения, откуда и эти проявления бессознательного у психотика, но оно уже не интегрировано в своеобразие становления индивида, оно оказывается всеобщностью и лишь недвижимым трупом, поскольку в нем отсутствует работа латентного мышления (предсознание).

Эротизация психотического поведения, латентного или смещенного (анорексия, булемия), также не включена в выражение эдиповского конфликта, речь идет о вторичной эротизации, часто приобретающей форму токсикомании. Лишь визуальное содержимое иногда несет аутентичные эдиповские следы (вуаеризм, остатки инфантильных имаго).

Однако существуют проекции, реально ускользающие из персекуторного регистра, в этой ситуации часто обнаруживаются остатки идентификаций (ложные узнавания). В ряде случаев стоит проблема существования хороших объектов, и тогда можно говорить о здоровой части. Она преимущественно проявляется в поиске средств фиксации, ускользающей из пара-нояльного регистра и обращающейся к опосредствующим или даже тран-зиторным объектам: будь то обустройство постели, границы психотерапевтической комнаты, «больничная форма» (С. Резник) или просто одежда, слова психотерапевта, в которые пациент закутывается как в одеяло, смирительная рубашка, когда он просит о ней сам, лекарства или даже административное удостоверение о госпитализации при пробной выписке. В этой фиксации речь на самом деле идет о том, чтобы «смастерить»<sup>1</sup> замещающее внешнее Я, точку опоры остатков идентификаций.

<sup>1</sup> В оригинале: «*bricoler*» (фр.) — заниматься поделками, мастерить, изготавливать самоделки («бриколаж»), термин, широко используемый в структурной антропологии К. Лс-ви-Строссом для интерпретации работы мифа (прим. пер).



Крайнее средство реконструирования мира — механизм расщепления — позволяет предохранить хорошие объекты от их заражения преследователями. Для конструирования может быть использовано все, будь то половые или территориальные различия: места профессиональной деятельности могут, например, ускользать от преследователей в отличие от частной жизни и наоборот.

И, наконец, базовое расщепление состоит в отбрасывании вовне плохих объектов и сохранении лишь одного хорошего объекта как шагреневой кожи<sup>1</sup>, последним источником которого остается, очевидно, мегало-маническое всемогущество.

Шизофрения, напротив, означает неудачу параноического скрепления и как следствие любой попытки реконструкции возможной связанности вселенной. Перед лицом доминирующей расчленяющей геморрагии мегаломания есть не более чем одно из средств: уничтожение<sup>2</sup> (бред отрицания) психического «внутреннего», проецируемого первоначально на тело, «тело без органов», как выразился Антонен Арто, без легких, без желудка, без мозга. Но это внутреннее уничтожение избыточно: оно само проецируется на вселенную, которая в свою очередь становится пустой. Таково аутистическое прибежище, не имеющее ничего общего с уходом в себя, как предполагал Блейлер, но, напротив, с наибольшей возможной эвакуацией того, что может сформировать эмбрион физического существования: передвижение широкими стереотипными шагами; глаза, блуждающие в тумане; полное безразличие к окружающему. Так это выглядит при аутизме, основной части гебефренической шизофрении. Кататония же представляет крайнюю и беспощадную попытку архаического Сверх-Я: полный статуарный субъект, ничем не обменивающийся с пустой и мертвой вселенной. Что же касается «параноидной» шизофрении, то она представлена неудачной попыткой параноидной организации, откуда и ее название: она продолжает атипичные и расчлененные, но, впрочем, часто более богатые следы бреда, ускользающие от параноидального стереотипа.

В заключение отнесем это описание к трем уровням, находящимся в контрапункте с невротической позицией.

■ Возможность переносить существование конфликта в своем психическом предполагает хорошо сформированный образ себя самого, т.е. достаточно развитый нарциссизм. В психозе, ввиду того, что этот образ оказывается несостоятельным, только мегаломания, единственное запасное оружие, обеспечивает замену.

<sup>1</sup> Образ из романа О. де Бальзака (*прим. пер.*).

<sup>2</sup> В оригинале: «*neantisation*» (*фр.*) — см. сноску на с. 236 (*прим. пер.*).

■ Отсутствие проработки в эдиповском смысле, проходящей сквозь превратности либидинальной жизни, сводит механизм психоза к абсолютному приоритету экономии над смыслом. Символизм редуцирован до географии проекций: эвакуации и фиксации.

■ Вездесущность психотической вселенной является центральной гранью психотической структуры: — с одной стороны, речь идет о вселенной, освобожденной от вытеснения, где бессознательное кажется явленным в совершенно сыром виде, а коммуникации неограничены: с давно умершими родителями, удаленными на много километров соседями или же с луной и звездами. Это *диффузная вселенная*; — с другой стороны, эта связь с миром, созданная фиксацией, отрицанием (в смысле игнорирования), разрозненными проекциями, приводит к совершенно расчлененной, аутистической или укрытой в неприступной паранойе вселенной. Это *пустая вселенная*.

Диффузная вселенная и пустая вселенная точно соотносятся друг с другом, как «дырявое тело» и «тело без органов», описанные Жилем Де-лезом по поводу вселенной Антонена Арто.

Коммуникация по всем направлениям соответствует отрицанию любой коммуникации. В противоположность неврозу, где кастрация, рабочая пружина конечности бытия, позволяет общаться с миром.

#### БИБЛИОГРАФИЯ

- [ 1 ] Abraham. — *Les etats maniaco-depressifs 'et les niveaux pregenitaux de la libido*, 1924. London: Collected Papers Hogarth Press, 1949.
- [2] Binswanger (L.). — *Le cas Suzanne Urban*. Paris: Desclée de Brouwer, 1957.
- [3] Bouvet (M.). — *La clinique psychanalytique. La relation d'objet // Psychanalyse d'aujourd'hui*. Paris: P.U.F., 1956. p. 41-121.
- [4] Deleuze (G.). — *Logique du sens*. Paris: Ed. de Minuit, 1969.
- [5] Dubor (P.). — *Dissociation de l'économique et du sens chez le psychotique: utilisation du réel dans l'agir: Communication au colloque sur les psychoses au Congrès des psychanalystes de Langues Romanes*. Lyon, juin 1971.
- [6] Dubor (P.). — *Psychiatrie et Psychologie médicale à l'Hôpital général: Intervention au Colloque de Lyon*, les 20, 21, 22 sept. 1974.
- [7] Estrabot (B.). — *Les Hospitalisations alternatives*. Lyon: These, 1974.
- [8] Fain (M.) et David (Ch.). — *Les aspects fonctionnels de la vie onirique...: Rapport au Congrès des psychanalystes de Langues Romanes*, Barcelone, 1962.
- [9] Federn (P.). — *Ego, psychologie and the psychoses (1928-1949)*. London: Imago Publication, 1953.

- [10] Ferenczi. — Definition de la notion d'introjection, 1912 // *Final Contribution to the problems and methods of psycho-analysis*. London: Hogarth Press, 1955. p. 316-318. [II] Freud (S.). — *Trois essais sur la theorie de la sexualite* (1905). Paris: Gallimard, 1923. [12] Freud (S.). — Deuil et Melancolie ((1917) // *Rev. franc, psychanal*, 1936, Metaapsychologie. Paris: Gallimard, 1952. [13] Freud (S.). — Remarques psychanalytiques sur un cas de paranoia: Lte Pt. Schreber // *Cinq psychanalyses*. Paris: Denoel et Steele, 1936. [14] Freud (S.). — Quelques mecanismes nevrotiques de la jalousie, la parano>i'a et l'homosexualite, 1922 // *Rev. franc, psychanal*, 1932, 5, p. 391-401; *Collected Papers*. T. II. London: Hogarth Press, 1953. p. 232-243. [15] Freud (S.). — *Weitere Berner Kungen iiber die Abwehr Neuropsychosen*, 11896, G. W., I, 392-403, S.E., ffl, 174-1855. [16] Fromm-reichmann. — Therapeutique Management in a Psychoanalytic Hospital // *Psychotic quarterly*, 1947,16, p. 325-356. [17] Klein (M.). — *Contribution to psychoanalysis*, 1920-1945. London: Hogarth Press, 1948 /Tr. fr.: *Essais de psychanalyse*, 1967, Payot. [18] Lacan (J.). — *Ecrits*. Paris: Seuil, 1966. [19] Lebovici (S.). — Une observation de psychose infantile // *Evol. psychiatr.*, fascicule IV, oct.-dec. 1956. [20] Marty (F.), De M'uzan (M.) et David (Ch.). — *L'investigation psychosomatique*. P.U.F., 1963. [21] Nacht et Racamier. — La theorie psychanalytique du delire: Rapport XX<sup>e</sup> *Congres des Langues Romanes*, 19>58 // *Rev. franc, psychanal*. 22, n° 4, 5. [22] Racamier (P.-C.) — Le Moi, le so>i, la personne et la psychose // *Evol. psychiatr.*, 1963, n° 4, 525-550. [23] Racamier, Diatkine, Lebovici et Paumelle. — Le psychanalyste sans diivan. Paris: Payot, 1970. [24] Racamier (P.-C.). — Esquisse d'mne clinique de la paranoia // *Rev. franc, psychanal* 30, n° 1, 1966, p. 145-149.. [25] Resnik (S.). — *Personne et psychuose*. Paris: Payot, 1973. [26] Rouart. — Agir et processus psychanalytique: Rapport au *Congres des Latifgues Romanes*, 1967, Paris. [27] F. de Saussure. — *Corns de Ling'uisitque generate*. Payot, 1968. [28] Spitz. — Genese des premieres relations objectates // *Rev. franc, psychanal.*, 18, 1954,4.

ПОГРАНИЧНЫЕ СОСТОЯНИЯ И ИХ ФОРМЫ<sup>1</sup>

ж. бержере

Проблема существования

Название «пограничные случаи», «пограничные состояния» и «border-lines» относятся к одним и тем же болезненным сущностям. Термин «border-lines» был впервые использован В. В. Эйзенштайном в 1949 году, но очевидность существования клинических картин, не соответствующих ни классическому психотическому семейству, ни классическому невротическому, отмечалась психиатрами задолго до этой даты: начиная с 1883 года в виде «мягких форм шизофрении» у Крепелина и с 1885 года в виде «гебоидофрении» у Кальбаума.

Можно насчитать более сорока терминов, которые использовали для описания патологических форм, плохо классифицируемых и пограничных как невротическим, так и психотическим состояниям. Некоторые термины: психопатические личности, личности *as if*<sup>2</sup>, перверсные личности. На понятии «личности» акцент делался несомненно для того, чтобы отметить отличие от понятия структуры или же чтобы настаивать на «характерологическом» аспекте этих пациентов. В рамках другой тенденции преимущественно ссылались на «парашизофрению» (шизома-

<sup>1</sup> В оригинале: *management*» — оборудование, устройство, обустройство (*прим. пер.*).

<sup>2</sup> Как бы личности (*англ.*) (*прим. пер.*).

ния, шизоидия, шизотимия, шизос, псевдоневротическая шизофрения, апсихотическая, ларвированная, мягкая, латентная, доброкачественная, амбулаторная, простая); это наиболее плодотворная категория разнообразных неопределенных прилагательных, размещающих наши сущности *в стороне* от шизофрении. Более современная тенденция также описывает атипичные синдромы, могущие появляться *до* психотической манифестации в собственном смысле слова. Это уже относится к понятию пред-психоза, но в довольно двусмысленном значении, одновременно покрывающем как настоящие, недекомпенсированные психотические структуры, так и другие организации, непсихотические, но могущие развиваться к настоящему психозу, что и приводит к несомненной путанице.

3. Фрейд вышел за рамки своего определения невротического конфликта (*«Трансферные психоневрозы»*), чтобы постепенно установить различие между многообразными не невротическими категориями. Введение концепции нарциссизма, подчеркивание роли Идеала-Я, описание выбора анаклитического объекта, открытие роли, которую играют аффективные фрустрации ребенка,— все это привело З. Фрейда в 1931 году к признанию существования «нарциссического» либидинального типа без полностью сформированного Сверх-Я, когда основной постэдиповский конфликт не располагается в оппозиции между Я и Сверх-Я, а в 1924 году он описал *деформацию Я*, располагающуюся как раз между психотическим расщеплением и невротическим конфликтом. В последних работах З. Фрейд детерминирует расщепление и отказ, намечая именно тот «нарциссический» тип личности, на который мы будем все время ссылаться.

В рамках неврозов постфрейдисты все больше и больше описывали «личности» и «характеры», не соответствующие классическим эдиповским критериям невроза. Основная линия работ М. Кляйн и ее учеников весьма характерным образом демонстрирует эту точку зрения. С другой стороны, М. Буве развивал понятие «прегенитального» объектного отношения, в большой степени отличного от психотического объектного отношения, но столь же сильно отличающегося и от невротического объектного отношения, поскольку связи с Эдиповым комплексом остаются очень фрагментарными или случайными. В описаниях М. Буве, клинически очень точных, триангуляция не может, как в случае невроза, исполнить роль подлинного организатора.

Таковы же разнообразные исследования по патологии характера, пер-версного поведения, депрессии, психической деятельности при психосоматических заболеваниях. Можно также упомянуть работы Р. Шпица по аналитической депрессии, Г. Гекса по «неврозам заброшенности» и М. Малер по развитию «симбиотических детей».

В рамках психозов авторы в настоящее время в основном настаивают на конфликте между Оно и реальностью, на вытеснении объективной ре-

альности и на реконструкции субъективной неореальности. Фрагментарное расщепление Я, завершенное или нет, но установленное в психозе, позволяет исключить из этой категории соседние сущности, в которых Я защищается раздвоением имаго и отказом, но без истинного раздвоения Я, без фрагментации, реализованной или потенциальной, на множественные и рассеянные островки. Как представляется, само понятие пред-психоза имеет более точный смысл в значении состояния, предшествующего разрыву Я на различные осколки, но по уже заранее намеченным в самом Я линиям этого расчленения, начиная с чего можно говорить о подлинной психотической структуре.

Таким образом, пограничные состояния оказываются все более и более экономически очерченными как автономные организации, отличные одновременно от неврозов и психозов.

Генетическая точка зрения

В главе, посвященной понятию «структуры», мы останавливались на возможной путанице, касающейся прилагательных «невротический» и «психотический», уточняя то, что характеризует постоянство, устойчивость и оригинальность двух единственных аутентичных структур: с одной стороны, психотической структуры и с другой — невротической.

На первом этапе, после их отделения от не-Я, исходные состояния Я маленького ребенка остаются еще в большей или меньшей степени недифференцированными, не имеющими устойчивой структуры. На втором этапе закрепляются состояния, при которых силовые линии, определяющиеся конфликтами, фрустрациями, эффектами влечений и реальности, защитами Я и реакциями на внешнее и внутреннее давление, начинают ориентироваться на установление аутентичных структур. Наконец, на третьем этапе мы достигаем подлинных *структур* (декомпенсированных или нет). Именно в этот момент, так же как и при кристаллизации минерала, линии расщепления оказываются прочно и окончательно установленными и не могут более изменяться.

Как минеральный кристалл, разбиваясь, может сделать это лишь по предустановленным линиям напряжения, точно так невротическая структура, декомпенсируясь, может породить лишь невроз, и точно так же декомпенсация психотической структуры может предоставить место лишь психозу. Когда подлинное структурирование завершено, иначе говоря после вышеописанного третьего этапа, возможного сообщения между невротическим и психотическим семействами более не существует.

## Нозологическое положение

По отношению к конструкциям, образующим для нас фиксированные точки, пограничные состояния располагаются *между* невротической и психотической структурами, но лишь на уровне первого и второго этапов организации Я, которые мы описали выше, *т.е. ранее* момента установления структуры в подлинном и строгом значении этого термина.

■ *Психотическая линия*<sup>1</sup> считается современными авторами отмеченной в своем начале ранними фрустрациями, обычно ведущими свое происхождение от материнского полюса. Я, став на этом уровне жертвой серьезных фиксаций или значительной регрессии, *преорганизуется психотическим образом* (рис. 2). Это происходит во время оральной фазы или на первом этапе анального периода (фазе анального выделения). Подобная предварительная организация оказывается в прогрессирующем безмолвии во время латентного периода и отрочества, которое затем внезапно разрешается значительными изменениями в структурном плане, и в этот момент все может вновь оказаться под вопросом: субъект как бы вновь обретает небольшой шанс направить развитие своего Я, чтобы оставить психотическую линию, пока еще не совсем застывшую, и окончательно в этот момент зафиксировать свое дальнейшее развитие в рамках невротической структуры, возможно, порождая в случае болезни классический невроз истерического или обсессивного типа.

Однако в момент отрочества в подавляющем большинстве случаев психотически преорганизованное Я просто продолжает свое развитие вдоль психотической линии, в которую оно уже в достаточной мере включено, затем оно окончательным образом организуется в форму подлинной и устойчивой психотической структуры. К предшествующим этапам более уже невозможно вернуться; если субъект заболевает, если «кристалл раскалывается» вследствие внутренних или внешних происшествий, мы можем увидеть лишь манифестацию *психоза*, естественно, в различных формах, но без какой-либо иной возможной патологии.

■ *Невротическая линия* (рис. 3) совершает достаточно банальную эволюцию вплоть до момента эдиповского конфликта, т.е. у мальчиков периода, соответствующего окончанию анальной стадии (анальная фаза

<sup>1</sup> Здесь рассматривается лишь проблема психоза у взрослого человека. Весьма досадно, что один и тот же термин «психоз» может употребляться при столь различных состояниях у взрослого (расчлененное Я) или у ребенка, покрывая в последнем случае довольно различные сущности, простирающиеся от значительных нейроаффективных дефицитарных состояний до глубоких дисгармоний развития (оставшихся все время близкими к нашим пограничным расстройствам), проходя через настоящую дезорганизацию Я, близкую к психозам у взрослых.

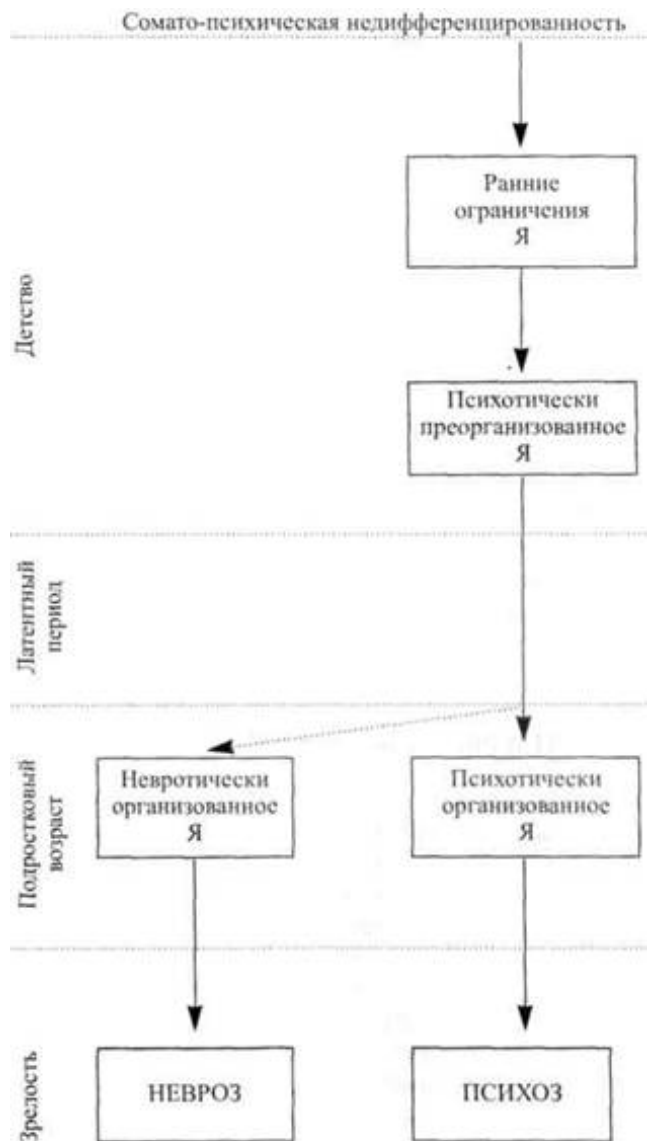


Рис. 2. Психотическое структурирование



удержания) и фаллической стадии. Если вследствие эдиповского конфликта и его трансформаций возникают очень прочные фиксации или очень значительная регрессия на эти две стадии, Я преорганизуется в соответствии с защитной или отношенческой системой невротического типа. Так же как и в случае психотической линии, латентный период останавливает структурное развитие, тогда как отрочество, напротив, разворачивает структурные преобразования, идентичные тем, что были описаны выше у субъектов психотического круга. Если в этот момент внутренние и внешние конфликты оказываются слишком интенсивными, Я может еще больше деградировать, прибегая к более архаичным защитным и отношенческим системам, превосходящим простую экономию влечения Сверх-Я за счет более или менее серьезного нарушения принятия реальности, и мы переходим, таким образом, к предыдущей линии, приводящей к развитию в направлении окончательной психотической структуры. Однако в большинстве случаев невротически преорганизованное Я остается в невротических рамках и тяготеет к тому, чтобы окончательно самоорганизоваться в соответствии с границей *невротического* структурирования. Эта организация не может более изменяться, и если субъект этой структурной линии заболевает, он может сформировать лишь обычные виды невроза: истерию страха, конверсионную истерию или же обсессивный невроз.

#### Пограничное оформление

Существует проблема пустого пространства, остающегося между двумя структурными семействами: невротическим и психотическим. Эта область существенно менее ригидна, структурно прочна и определена, значительно более подвижна, это область *пограничных состояний* и их различных, более или менее завершенных вариантов организации.

В ежедневной клинической практике часто встречаются пациенты, чье Я довольно благополучно миновало момент, когда фрустрации раннего возраста могли создать цепкие и пагубные психотические фиксации, которые не регрессировали бы в их дальнейшем развитии к подобным фиксациям. Однако в момент, когда для них наступает нормальная эдиповская эволюция, эти субъекты оказываются жертвами серьезной *психической травматизации*.

Эту травматизацию следует понимать в аффективном значении термина, т.е. она соответствует смятению влечения, охватывающего еще неорганизованное, незрелое в плане опосредствования, адаптации и защит Я: например, попытка сексуального соблазнения каким-либо взрослым. В частности, случай «человека с волками». Иначе говоря, в этот момент

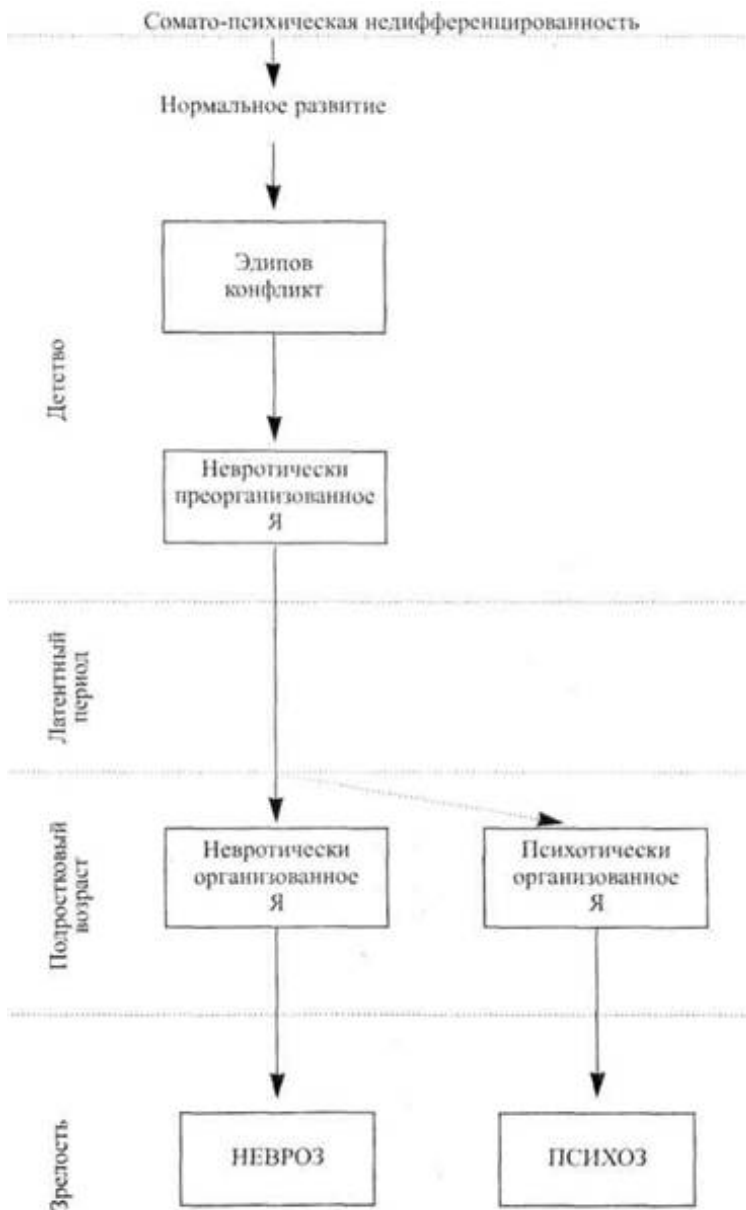


Рис. 3. Невротическое структурирование

ребенок слишком преждевременно и слишком обширно входит в контакт с эдиповскими обстоятельствами. Это раннее генитальное смятение формирует у него, совершенно одинокого, настоящую аффективную травму, поскольку не может быть воспринято в соответствии с перцептивным, отношенческим, объектно завершенным и генитальным способом. *Я* может лишь пытаться интегрировать этот досрочный опыт в другие современные ему переживания, с целью своей нарциссической целостности оно относит этот опыт к фрустрациям и угрозам. Подобный субъект не будет располагать возможностью осмысливать это восприятие в контексте триангулярной и генитальной экономии, как это могла бы сделать несколько позднее и лучше оснащенная невротическая структура. В частности, ему будет невозможно опереться на любовь к отцу, чтобы вынести возможно враждебные чувства по отношению к матери и наоборот. Ему будет затруднительно использовать вытеснение, чтобы удалить из сознания проявления сексуального напряжения или агрессии. Он будет вынужден прибегнуть к механизмам, близким к тем, что использует психотик: отказу, проективной идентификации, раздвоению имаго, всеильному овладению объектом. Эта травматизация играет (см. рис. 4), в определенном смысле роль *«первого дезорганизатора»* психического развития субъекта. Она немедленно останавливает либидинальную эволюцию, начавшуюся все же в нормальных условиях. Эта эволюция сразу же, и иногда надолго, оказывается застывшей в определенного рода «псевдолатентном периоде», более раннем и длительном, чем нормальный латентный период; он, в сущности, покрывает то, что должно было бы впоследствии соответствовать периоду аффективного кипения отрочества, но часто продолжается в течение целого периода (даже всей целиком) взрослой жизни в виде очаровательной и немного беспокоящей аффективной незрелости, хорошо известной в обыденной жизни. Это то, что мы рассматриваем с нашей точки зрения как *«общий оформленный остов»* пограничного состояния.

Подобный общий остов не следует представлять как подлинную структуру в смысле, которого мы ожидаем либо от психотической, либо от невротической структуры, т.е. в соответствии с клиническими критериями устойчивости, прочности, окончательной специфичности подобных организаций. Пограничное состояние пребывает лишь в «оформленном», но не структурно фиксированном состоянии. Это просто лишь относительно неустойчивое и дорогостоящее для *Я* усилие остаться вне двух основных линий, одна из которых (психотическая линия) оказывается преодоленной, а другая (невротическая линия) не может быть достигнута как в развитии влечений, так и в созревании *Я*.

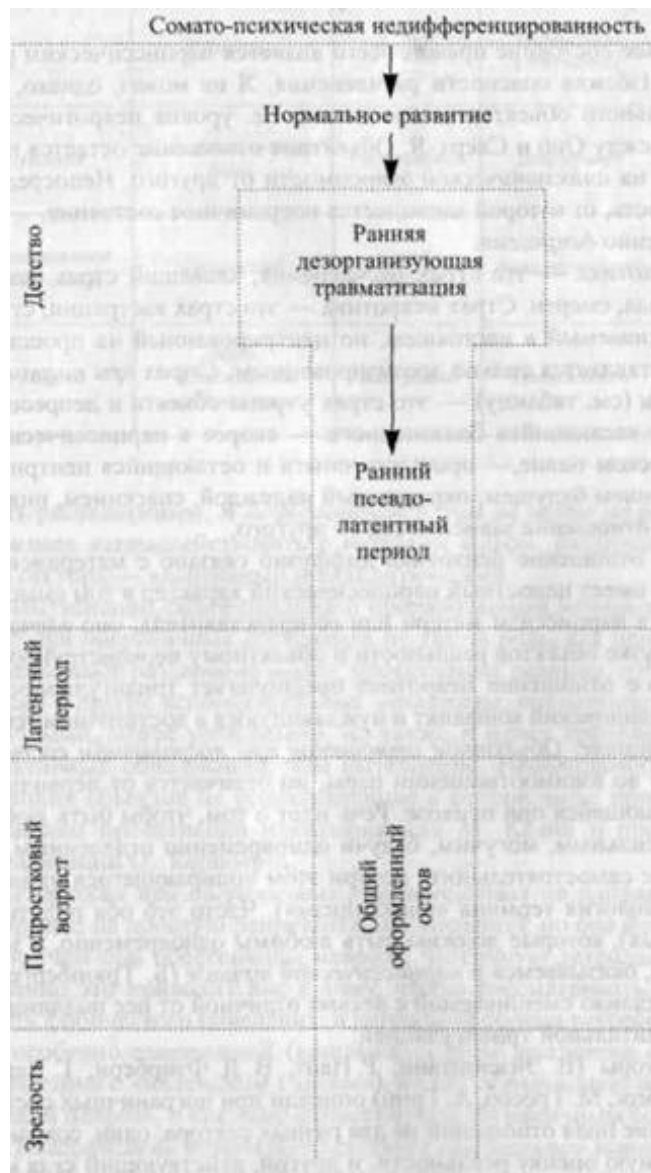


Рис. 4. Пограничное структурирование

## Экономическая организация

Пограничное состояние прежде всего является нарциссическим расстройством. Избежав опасности расчленения, Я не может, однако, достичь генитального объектного отношения, т.е. уровня невротических конфликтов между Оно и Сверх-Я. Объектное соотношение остается центрированным на *анаклитической* зависимости < от другого. Непосредственная опасность, от которой защищается играяное состояние,— это преимущественно *депрессия*.

Страх психотика — это страх расчленения, зловещий страх безнадежности, ухода, смерти. Страх невротика — это страх кастрации, страх изъятия, переживаемый в настоящем, но центрированный на прошлом, которое представляется сильно эротизированным. *Страх при пограничном состоянии* (см. таблицу) — это страх утраты объекта и депрессии, одновременно касающийся болезненного — скорее в нарциссическом, чем в эротическом плане,— прошлого опыта и остающийся центрированным на лучшем будущем, окрашенный надеждой, спасением, инвестированный в отношении зависимости от другого.

Объектное отношение психотика диффузно связано с материнским объектом; оно имеет целостный нарциссический характер в том смысле, что включено в нарциссизм матери или ее представителя; оно влечет к аутизму, разгрузке объектов реальности и объектному неоконструированию. Объектное отношение невротика предполагает триангулярность, означающую эдиповский конфликт и нуждающуюся в достаточном генитальном потенциале. *Объектное отношение при пограничном состоянии* пребывает во взаимоотношении пары, но отличается от первичной диады, встречающейся при психозе. Речь идет о том, чтобы быть любимым другим, сильным, могучим, будучи одновременно отделенным от него в качестве самостоятельного, но при этом ««опирающегося на него объекта» (этимология термина «анаклитизм»)<sup>1</sup>. Часто это оба родителя (не генитальных), которые должны быть любимы одновременно, и мы, таким образом, оказываемся в *нарциссической ситуации* (Б.

Грюнбергер), часто несправедливо смешиваемой с весьма отличной от нее подлинной эдиповской генитальной триангуляцией.

Многие авторы (В. Эйзенштайн, Р. Найт, В. Д. Фэйрберн, Г. Харт-манн, О. Кернберг, М. Грессо, А. Грин) описали при пограничных состояниях деление поля отношений на два разных (сектора: один, сохраняющий правильную оценку реальности, и другой, действующий куда менее реалистично, более идеализированно и при этом более «утилитарно»). Подобное деление имаго не образует завершенного (ни даже начатого) расщепления Я, а является лишь способом защиты против угрозы расщепления, как это определил в 1924 году сам З. Фрейд: чтобы не

	<i>Симптом</i>	<i>Страх</i>	<i>Объектное отношение</i>	<i>Основная защита</i>
<i>Психоз</i>	Деперсонализация Вред	Расчленения	Диффузное	Отказ Раздвоение Я
<i>Пограничное' состояние</i>	Депрессия	Утраты объекта	Аналитическое	Раздвоение имаго Форклюдия
<i>Невроз</i>	Знаки: обсесивныс истерические	Кастрации	Гснитальнос	Вытеснение

быть расчлененным, Я *деформируется*, тем не менее не расщепляясь, и начинает взаимодействовать с внешним миром, различая в последнем два сектора — адаптивный и анаклитический.

Вытеснение, более поздний и проработанный механизм защиты, играет при пограничных состояниях не такую роль, как при неврозах, где преобладают раздвоение имаго, проективные реакции, избегание, форклюдия и другие вспомогательные механизмы, оказывающиеся более архаичными, менее успешными, но также и менее требовательными для реактивных образований, чем вытеснение. Необходимость разделения внешних объектов на успокаивающие и беспокоящие приближает нас к позициям проективной идентификации М. Кляйн и предепрессивной идеализации О. Кернберга.

*Регрессия при пограничных расстройствах* не направлена, как при неврозах, на простую репрезентацию влечений, но она формирует большую, чем при обсессивном неврозе, частичную деградацию влечения. Именно это приводит нас к тому, чтобы рассматривать значительную часть фобического поведения, в котором проблема регрессии оказывается особенно замешанной (например, случай «человека с волками» по сравнению с «маленьким Хансом»), не как образующую простой «фобический невроз», а как явно отнесенную к пограничным состояниям.

Классический невроз соответствует *генитальной линии*: Эдип, penis, Сверх-Я, сексуальные конфликты, чувство вины, страх кастрации, симптомы; тогда как пограничное состояние принадлежит, вследствие более примитивных психических механизмов, *нарциссической линии*: нарциссизм, фаллос, Идеал-Я, нарциссическая рана, страх утраты объекта, депрессия (Б>. Грюнбергер).

## КЛИНИКА

Классическое Сверх-Я невроза — наследник и последователь Эдипова комплекса (М. Рош) — не может быть сформировано полным образом при пограничных состояниях, поскольку Эдипов комплекс, едва начатый, в большей степени преодоленный, нежели организующий, не может внести свои элементы, способствующие созреванию. Регрессия перед Эдиповым комплексом приводит элементы-предвестники формирующегося Сверх-Я к фиксациям, предшествующим пуэрильному и грандиозному *Идеалу-Я*, описанному Г. Л. Бибрингом.

Констатация неудачи в реализации идеальных попыток приводит пограничные состояния не к скромности (как «норму»), не к чувству вины (как невротиков), а к *депрессии* (неудачно называемой «невротической»), остающейся их уделом.

## Острое развитие

Оформление пограничных состояний всегда остается относительно нестабильным. Однако большой ценой отречений, компромиссов, притворства, избегания и психопатических<sup>1</sup> уловок определенные пограничные состояния могут удерживаться на протяжении всей жизни в неудобном, но довольно искусно *оформленном* состоянии. Существуют пациенты, декомпенсирующиеся лишь в период старения, в случае травмы или же одной из столь частых в этот период нарциссических ран. У других же декомпенсация в какой-либо момент жизни начинается настолько внезапно, что приводит к суициду, часто внезапному и необъяснимому для окружающих.

В случае *повторной дезорганизующей психической* травматизации возникает сильный приступ острого страха, неудачно называемый «неврозом страха» и описанный Ж. А. Жендро и П. К. Рекамье как парапсихотическое и транзиторное состояние, являющееся одновременно пред-психотическим, предневротическим и предпсихосоматическим. Равным образом оно является и состоянием регрессии Я, близким к намечающейся деперсонализации (М. Буве).

Внешняя причина (послеродовое состояние, брак, траур, социальные потрясения, аффективные или телесные происшествия) пробуждает, вследствие своего внутреннего переживания, преддепрессивную нарциссическую ситуацию, старательно избегаемую до этого момента.

Перед таким проявлением перегрузки влечения, в ситуации, напоминающей первоначальную травму, предварительное и несовершенное

<sup>1</sup> Знаменитые психопатии, которые всегда с трудом поддавались классификации, несомненно располагаются на уровне идентификационных затруднений единого дерева пограничных состояний.

оформление Я оказывается полностью бессильным; неспецифические защиты, использовавшиеся до этого, становятся совершенно неэффективными в своей архаичности и поверхностности.

Это можно рассматривать как карикатуру на кризис подросткового возраста: запоздалый, выраженный, brutalный, укороченный кризис отрочества, затрагивающий всю глубокую структурную организацию Я и его предшествующее оформление.

Начиная с этого момента более не существует никакого возможного промежуточного оформления: требуется как можно быстрее найти эффективную систему защиты, и для декомпенсированного пограничного состояния открываются три хорошо известных психопатологических направления, т.е. депрессивный страх достигает по отношению к предшествующему оформлению «места, откуда нет возврата».

— **Невротическое направление** (см. рис. 5), если Сверх-Я оказывается достаточно прочным, чтобы объединиться со здоровой частью Я против влечений Оно. При использовании дополнительной энергии травматизации может быть достигнут уровень эдиповской организации.

— **Психотическое направление**, если, напротив, силы влечения рассеют часть Я, остающуюся хорошо адаптированной к реальности благодаря своим старым защитами.

— **Психосоматическое направление**, если психические проявления оказываются десексуализированными, разгруженными и автономизированными за счет преимущества регрессии одновременно по отношению к соматическому и психическому, плохо дифференцированному способу возбуждения и выражения.

Естественно, это не совсем обычный способ вхождения в данные патологические сущности, но клиника демонстрирует нам реальность и достаточную частоту этих видов эволюции.

В равной степени следует подчеркнуть, что как первая травматизация, так и вторая могут замещаться серией повторяющихся и сгруппированных «микротравм», сумма действия которых практически соответствует единственной значительной травме.

Устойчивое развитие

За исключением острых расстройств, следующих за поздней травмой, развитие общего остова пограничных расстройств, как правило, происходит без значительных медицинских происшествий в направлении одного из двух, более устойчивого и более подлинного в своих защитах, типов оформления, прогрессивно отделяющихся от общего ствола: характерологического развития и перверсного развития (рис. 5).



■ *Характерологическое развитие*, как считает Г. Зильбург,— это когда страх депрессии из-за утраты объекта удаляется вовне и остается прочно поддерживаемым благодаря успешности тонких реактивных образований, постоянно культивируемых ценой значительных энергетических затрат, но хорошо адаптированных к реальности. П. Рекамье описал три «бюлезни характера», соответствующие нашему характерологическому развитию: «невроз» характера, «психоз» характера и «перверсия» характера. Хотя использование названий «невроз», «психоз» и «перверсия», которые не соответствуют точно ни невротической, ни психотической, ни перверсной структуре, крайне сомнительно, мы тем не менее, чтобы учитывать реальность действующих, пусть и сомнительных, определений и чтобы быть уверенным в том, что речь идет об одних и тех же сущностях, будем ссылаться здесь на те же самые термины, ни в коем случае, конечно, не подписываясь под ними.

«**Невроз**» характера не следует смешивать с различными невротическими характерами. «Невротические характеры»<sup>1</sup>, несмотря на адаптацию к реальности, соответствуют проявлению нижележащей недекомпенсированной и остающейся в границах нормальности невротической структуры (обсессивной или истерической). «Невроз» характера, напротив, соответствует более стабильному и прочному оформлению общей основы пограничных состояний в направлении невротического поведения, нью всегда пребывает вне невротической структуры; иначе говоря, речь идет о пограничном состоянии, старающемся обрести большую стабильность, «разыгрывая невроз», при том, что оно не располагает необходимыми для этого структурными, генитальными и эдиповскими средствами. Итак, это *прежде всего не невроз*; если он и вводит нас в заблуждение, то потому, что его усилия и его антидепрессивные реактивные образования оказываются успешными. Это болезнь объектного *отношения*, а не конфликт между Оно и Сверх-Я. Страдание смещено к наружи, ввиду довольно значительного успеха вышеописанного раздвоения имаго (ч. 1, гл. 3). Чаще всего подобный «невроз» не сопровождается классическими невротическими симптомами; иногда отмечаются депрессивные эпизоды, или симптомы проявляются лишь с началом психоаналитического лечения (Э. Кестемберг), т.е. когда вследствие регрессии, а затем открытия пребывающих до этого момента в неизвестности способов отношения трансформируется сама организация. Это чаще

<sup>1</sup> «Невротический характер» соответствует совокупности невротической структуры, а «характерологическая невротическая черта» (сублимационная или реактивная, в зависимости от случая) является лишь своеобразной, но не патологической особенностью, не затрагивающей ни идентичности структуры, ни ее целостности; например, истерическая структура может в значительной степени проявляться в характерологических обсессивных чертах и наоборот.

ПОГРАНИЧНЫЕ СОСТОЯНИЯ И ИХ ФОРМЫ

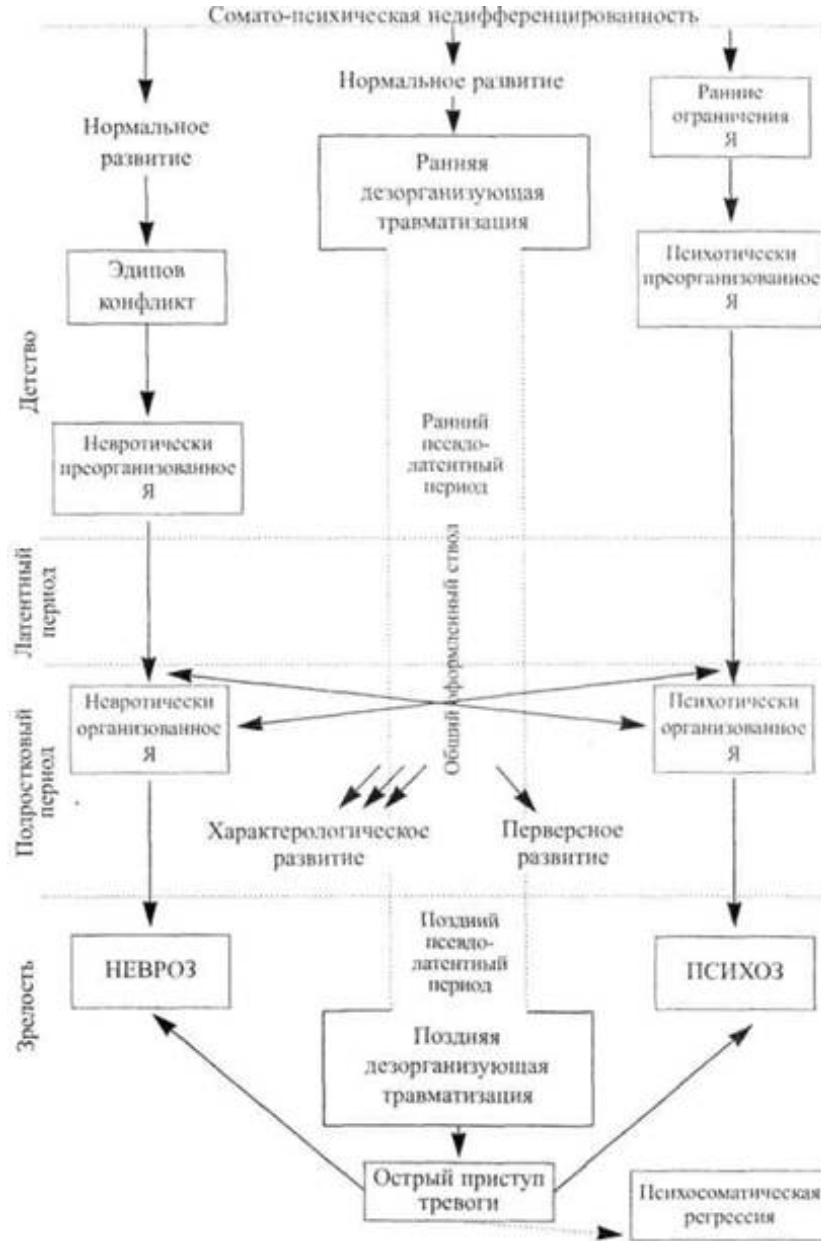


Рис. 5. Общая схема развития типов организации

всего пиперактивные субъекты (с моментами или риском депрессии), с неразвзой фантазматической жизнью, преимущественно манипулятив-ным псоведением, придерживающиеся строгих защитных моральных суждений, практически никогда не признающие себя «большими» и в еще меньшей степени «ненормальными», но обвиняющие в подобных слабостях свое окружение и даже весь мир. Когда они приходят на кон-сультацию (редко вне депрессивных эпизодов), они стараются выставить вперед своих супругов или близких. Патологической основой, как при всех пограничных состояниях, остается нарциссическая неполнота; они пытаются заполнить ее реактивными образованиями, тонко используя анаклицизм (под видом доминирования) и скорее имитацию, чем иден-тификацию. Их окружение страдает обычно больше, чем они сами, и больше жалуется.

Пршведем достаточно ясный дифференциальный пример двух типов орального характера.

*Оральный невротический характер* (подлинной невротической структуры, но хорошо адаптированный к реальности) представляется «орально удовлетворенным»: целостный нарциссизм, достаточно свободная игра влечений; это «сытые» субъекты со ртом гурмана, часто большим животом, демонстрирующие благополучие, щедрость, надежность.

«Негвроз» *орального характера*, напротив, соответствует оральной неудовлетворенности, это не невроз, игра влечений совсем не свободна, нарциссизм оказывается несостоятельным, субъект обычно худой, с сухим и сжатым ртом; он излучает жадность, зависть и пессимизм; он предстает в постоянной борьбе со своей потребностью заниматься самим сгобой и своей потребностью, чтобы занимались им.

Размшчие между этими двумя типами представляется очевидным.

«Шсихоз» характера проявляется не в затруднении контакта с реальностью, как в психотическом характере, а в затруднении *оценки* этой реальности. Это не отказ, затрагивающий более или менее значительную часть {реальности, как в психотической структуре, а как в пограничных состояниях, благодаря игре (раздвоения имаго), проекции любого стесняющего) элемента вовне, разграничению между «очень хорошей» и «очень плохой» частями внешнего мира, субъект приходит к отрыву от *присутствия* стесняющей реальности и допускает *ошибки в оценке* неприятных для нагоциссизма сторон объективных аспектов этой реальности. Этой категории во все времена соответствует определенный тип людей «действия», оцениваемых как психотики их противниками и как гении иж адептами. Покуда они не подверглись слишком серьезной нарциссической травматизации, их вкус к акробатике отношений, их гипер-активность (физическая и психическая), их манера вводить в замеша-тельство неискушенных собеседников (неспособных, как и они, оцени-

вать реальность), их потребность быть любимыми или устрашающими, каждый раз на новых основаниях — все это приводит их к неординарным социальным ситуациям, к несчастью, совсем не долговременным, и чаще всего их конец отмечен брутальностью у менее адаптированных и одиночеством у тех, кто адаптирован больше.

**«Перверсия» характера** соответствует, например, тем, кого в терминах раздражения называют «маленькими параноиками», чтобы отметить очевидность нарциссического аспекта агрессивности, часто ничтожной, но без конца повторяющейся, проявляющейся субъектом не для того, чтобы прямо заставить себя любить, но чтобы быть косвенно уважаемым. Это соответствует той же глубинной нарциссической потребности. Можно даже сказать, что часто это — «любезная агрессивность», поскольку в их поведении (даже невыносимом) нет присущей им злобности, а есть лишь беспредельная потребность фаллической компенсации. Фактически у них не встречается, как у первертов, ни страдания, ни чувства вины, но мотив подобной нехватки остается весьма различным в зависимости от случая<sup>1</sup>. Характерологические «перверты» являются аутентичными первертами, локально и парциально игнорирующими реальность; однако их игнорирование направлено не на право женщины иметь аутентичный ей пол, а на право других обладать собственным нарциссизмом в той мере, в какой он воспринимается как барьер на пути использования других для обслуживания исключительно собственного нарциссизма.

■ **Перверсноеразвитие** возникает тогда, когда депрессивный страх избегается прежде всего благодаря успешности отказа, направленного только на одну, очень локализованную часть реальности: *женский половой орган*. Этот парциальный объект не должен существовать, тогда как фаллический парциальный объект оказывается нарциссически избыточно и дополнительно сверхзагруженным.

Это очень близко к психозу, «бредовый» перверт в целом похож на психотика, но исключительно в том, что касается лишь сенсорного игнорирования области, четко ограниченной женским половым органом.

Первичный нарциссизм оказывается, таким образом, мало интегрированным и фиксированным на уровне парциального объекта, расположенного между не полностью завершенным аутоэротизмом и весьма несовершенно достигнутой объектной стадией; преждевременность либиди-

<sup>1</sup> По-французски прилагательное «первертный» соответствует двум существительным: перверсии и первертности. Можно было бы сказать, что характерологический перверт достигает первертности, тогда как просто перверт страдает перверсией.

(Мы сохранили в переводе термины «перверсия», «первертность», «перверт», поскольку точные русские аналоги «извращение», «извращенность», «извращенец» обладают избыточной оценочной коннотацией, отсутствующей во французском языке (*прим. пер.*).

нального развития такова, что влечение и парциальный объект оказываются слишком рано связанными и тотальный объект не может быть сформирован. Как это показал З. Фрейд, одна часть Я признает кастрацию, а другая часть отрицает ее, и этот дуализм сосуществует всю жизнь, порождая две параллельные серии защит — одну, направленную внутрь субъекта (вытеснение и сопутствующие механизмы), другую же — вовне (отказ и форклюдия), и если З. Фрейд мог сказать, что невроз есть негатив перверсии» или что «ребеноч — это полиморфный перверт», то это именно за счет фиксаций, существующих у перверта одновременно на уровне парциальных тенденций и парциальных эrogenных зон, фиксаций, связанных с первыми опытами ребенка и не интегрированных под приматом и целостностью генитальности по причине нарциссической неполноты и неполноты зрелости, которые мы постоянно обнаруживали во всех группах пограничных расстройств и их производных. С еще большей очевидностью, чем при других вариантах этой группы, Сверх-Я перверта не может быть сформировано в постэдипов-ском значении этого термина. Перверт функционирует прежде всего с Идеалом-Я: нарциссическим, материнским, феминно-фаллическим. Не сумев исправить свой нарциссизм, встретить тотальный объект, сформировать достаточно эффективные вторичные процессы, перверт оказывается вынужденным получать весьма неполное удовлетворение с парциальными объектами и в парциальных эrogenных зонах, полностью покорный непосредственным императивным влечениям, не получившим развития первичным процессам. Перверт никогда не полон (Ф. Паш), его пенис не может быть загружен; он относится к материнскому фаллосу. Нехватка нарциссической целостности, общая для всех пограничных состояний, выливается здесь в нехватку телесной целостности, затрагивающей пенис. Объектное отношение остается в основном дуальным (к фаллической матери), и страх касается фаллической кастрации (т.е. *депрессии*), а не невротической генитальной кастрации. При невротическом вуаеризме существует стремление к инцесту с матерью как с супругой отца; при перверсном вуаеризме речь идет о безличном женском теле; нет ни активного Сверх-Я, ни чувства вины, а есть лишь компульсивная и агрессивная нарциссическая потребность. Обсессивный больной борется с желанием осквернить эдиповский объект; ко-профилик легко загрязняет любой объект (в реальности — парциальный). Неперверсный артист создает более: или менее детализированные и разные образы, предназначенные для неограниченного количества человеческих существ; перверт производит точные образы одного и того же типа, сохраняемые для своего удовольствия и лишь для тех, кто на него похож. Фетишист, нацеленный на материнский Идеал-Я, ориентируется на ограничение парциального женского объекта.

Гомосексуализм, как фобия и мазохизм, может обнаруживаться в любой структуре: психотическая гомосексуальность встречается, например, при паранойе и представляет собой попытку смещения Я на ирреальную двойственную позицию; невротическая гомосексуальность есть лишь защита против позитивного Эдипова комплекса; что же касается перверсной гомосексуальности, то она касается отношения мать—дитя на предэдиповой стадии и поиска нарциссической полноты через игру «образа в зеркале».

В любой аутентичной перверсной позиции не существует ни подлинной бредовой организации, ни подлинной эдиповской организации; все разворачивается лишь на уровне игнорирования женских половых органов, в той мере, в какой реактивируется базовая нарциссическая фаллическая недостаточность; сквозь всю обширную группу пограничных расстройств и их производных просвечивает перверт, защищающийся от самого зловещего страха депрессии, поскольку из этой группы именно первертное развитие дальше всего отходит от осторожных приспособлений к сексуальным влечениям общего ядра пограничных состояний; более того, перверт рискует ближе всего подойти к психотической позиции, не имея, однако, возможности воспользоваться сомнительными, но прочными защитами, которыми располагает последняя структура.

## БИБЛИОГРАФИЯ

- Bergeret (J.). — Les etats-limites // *Rev. franc, psychanal*, 34, n° 4, juillet 1970, P.U.F., Paris, p. 600-634. Bergeret (J.). — Les etats-limites // *Encycl. med.-chir. Psychiatric* T. 111,37395 A 10, 1-13,1970, Paris. Bergeret (J.). — *La depression et les etats-limites*. Paris: Payot, 1975. Bouvet (M.). — *CEuvres psychanalytiques*. T. I et II, Paris: Payot, 1967. p. 310-436. Diatkine (R.) et Favreau (J.). — Le caractere nevrotique // *Rev. franc, psychanal*, 20, n° 1-2, Paris: P.U.F., juin 1956, p. 202-236. Eisenstein (V. W.). — Psychotherapie differentielle des etats-limites // *Techniques; specialisees de la psychotherapie*. Paris: P.U.F., 1956, p. 255-269. Freud (S.). — Le probleme economique du masochisme (1924) // *Rev. franc, psychanal.*, 2, n° 2,1928, p. 337-369. Freud (S.). — *Nouvelles conferences sur la psychanalyse* (1932). Paris: Gallimard, 1936. Freud (S.). — Le clivage du Moi dans les mecanismes de defense. *Ces. W.*, tome XVII, Imago London, 1941, p. 59-62. Gendrot (J. A.) et Racamier (P. C.). — La nevrose d'angoisse // *Encycl. med.-chir.*, Psychiatrie. 37330 A 10, 1967.

- Igreen (A.). — Nevrose obsessionnelle et hysterie // *Rev. franc, psychanal.*, 28, n° 5-6, Paris: P.U.F., sept 1964. p. 679-716.
- Gressot (M.). — L'idée de composante psychotique dans les cas-limites accessibles à la psychothérapie // *Encephale*, juillet-août 1960, 42, p. 290-304.
- Grunberger (B.). — Etude sur le Narcissisme // *Rev. franc, psychanal*, 29, n° 5-6, Paris: P.U.F., sept-dec. 1965. p. 573-588.
- Kernberg (O.). — Organisation de la personnalité des états-limites // *J. Amer. Psychanal*, juillet 1967, 15, p. 641-685.
- Klein (M.). — *Developpements de la psychanalyse*. Paris: Payot, 1966. 343 p.
- Pasche (F.). — Regression, perversion, nevrose // *Rev. franc, psychanal*, 26, n° 2-3. Paris: P.U.F., 1962. p. 161-178.
- Racamier (P. C.). — Propos sur la réalité dans la théorie psychanalytique // *Rev. franc, psychanal*, 26, 6. Paris: P.U.F., 1962. p. 675-711.

# ПСИХОСОМАТИЧЕСКИЕ БОЛЕЗНИ

А. БЕКАШ

Чтобы понять психопатологический аспект психосоматических заболеваний, прежде всего необходимо уточнить некоторые термины и прояснить понятия, вызывающие многочисленные дискуссии среди исследователей.

■ *Развитие теоретических положений.* Уже в античные времена было известно, что чувства и эмоции отражаются на здоровье человека, и прогресс современной медицины позволил установить существование механизмов, вследствие которых эмоции оказываются источником заболевания, механизмов, обладающих собственными свойствами и присущим им развитием.

Термин «психосоматика» был впервые использован Гейнротом в 1818 году. В последующем веке открытия З. Фрейда позволили лучше понять эти феномены, изучавшиеся в Вене Ф. Дейчем, снова внедрившим это слово в 1922 году, Гродеком, а затем многочисленными американскими психоаналитиками, такими, как Х. Ф. Данбар, Ф. Александер из Чикаго, Вейсс и Инглиш из Филадельфии. Экспансия, которая отмечается в настоящее время в психосоматическом движении, была результатом работ таких нейрофизиологов, как Джексон, Кеннон, Гесс; русской рефлексологической школы, ориентированной после работ Павлова и Быкова на кортико-висцеральную патологию; таких немецкоязычных авторов, как



Фон Экскулл, Митченлих, М. Босс; французских — Фэна, Марти, де М'Юзана, Давида; в Великобритании — М. Баллинга.

В настоящий момент психосоматическое направление соответствует определенной концепции медицины. Не сводя медицину к медицине органов, она делает акцент на общей медицине организма, на обобщенном, холистическом подходе к больному индивиду. Эта концепция, наследница ги-пократической школы Коса, постулирует психосоматическое единство человека, которое и может быть местом локализации болезненных феноменов; последние можно изучить взаимодополнительным образом либо под психологическим, либо под физиологическим углом. Можно сказать, что в этой парадигме любая болезнь является психосоматической.

Но существует направление исследований, для которого психосоматическая медицина — «это отрасль медицины, направленная на изучение умственных феноменов и их значения для появления и развития болезней, затрагивающих тело» (Фон Экскулл). В этиологии болезней, имеющих соматические проявления, таких, как артериальная гипертензия, астма, язва желудка, клинические наблюдения приписывают значительную роль психологическим факторам и личности больного. У психосоматических больных, страдающих от расстройств, называемых также органическими неврозами, клиническое обследование выявляет существование интрапсихических конфликтов.

■ **Попытка определения.** Подойдя к этому моменту нашего обзора, нельзя не поразиться трудностям попытки определения психосоматической области, так же как и противоречию, существующему между двумя трактовками термина «психосоматика», который либо расширяется до всей медицины, либо сужается до некоторых расстройств. Не является ли допущение о существовании группы психосоматических болезней возвращением к дуализму души и тела при сохранении унитарной концепции для остальной медицины? Здесь существует парадокс, на который трудно найти удовлетворительный ответ. Столь же затруднительно провести границу между психосоматическими болезнями и другими заболеваниями, поскольку значение психологических факторов почти неуловимо варьирует от одной крайней точки к другой.

Так, например, можно пройти по всей гамме болезней, начиная с тех, где в этиологии биологические, токсико-инфекционные, травматические или генетические факторы играют преобладающую роль, и заканчивая расстройствами, в которых психосоциальные факторы в форме эмоций, настоящих или прошлых конфликтов являются отчетливо определяющими. Но идет ли речь о преобладающем органогенезе или психогенезе, следует тем не менее не упускать из вида психосоматическое единство больного человека.

Что может быть механистичней травмы? И сколько аварий при этом есть следствие каких-то нарушений в рамках психопатологии обыденной жизни! Часто жертвами травматизма становятся одни и те же субъекты, чья склонность к несчастным случаям зависит от эмоционального фактора, нарушающего их аффективное равновесие.

Другим примером, иллюстрирующим эти взаимодействия, может служить подверженность простудам. Эмоциональные переживания затрагивают сосудистый тонус, особенно на уровне верхних дыхательных путей, где гнездятся бактерии и сапрофитические вирусы. Таким образом, психическое состояние не прямо, но реально вмешивается в сопротивляемость инфекционным заболеваниям, влияя на область, где реализуется действие патогенной флоры.

Можно напомнить слова Вейсса и Инглиша: «Психосоматическая медицина не меньше, чем общая медицина, придает значение органическим факторам, но она придает большее значение психическим факторам, возвращаясь, таким образом, к древнему принципу, согласно которому душа и тело являются не противопоставленными, но взаимозависимыми элементами». Психосоматические больные не могут определяться ни как больные, демонстрирующие особые психические качества, ни как субъекты, страдающие от двойной симптоматической патологии, психической и соматической или даже функциональной, без органического субстрата.

Чтобы утверждать, что болезнь является психосоматической, необходимо выявить существование *конфликта*. Следует установить «точное отношение, которое существует между конфликтной ситуацией больного и его болезнью, вплоть до самой формы этой болезни» (Марти). Так же как более невозможно считать как когда-то, что любая патология является органической, сейчас невозможно защищать чисто психогенетическую теорию, декларирующую, что психические нарушения влекут за собой соматические расстройства. На деле речь идет о конфликтах индивида, сначала с внешним миром, а потом *интрапсихических*. Эти конфликты имеют психические или соматические проявления, или то и другое в различных пропорциях. Психиатры давно знают случаи психосоматического колебания, когда симптомы обоих рядов периодически следуют один за другим, что однако не дает возможности утверждать, что соматические нарушения вызываются невротическими расстройствами.

■ *Этиопатогенез*. Можно наблюдать больных, демонстрирующих функциональные расстройства без обнаруживаемого органического или психического поражения; больных, у которых повреждения сопровождаются симптомами, вызванными психологическими факторами; или же больных, у которых наблюдаются такие нейровегетативные симптомы, как астма, артериальная гипертензия и пр.

Пытаясь понять симптомы в их этиологии, т.е. их причину, патогенез, способ формирования, следует отказаться от классической схемы, выводящей функциональные нарушения из тканевого поражения, и представить поражение как результат функциональных нарушений. Предполагается, что повторяющиеся или длительные изменения функции постепенно влекут за собой тканевые поражения, которые могут стать необратимыми; так, (например, повторяющаяся или постоянная контрактура ре-нальных артериол может привести к их склерозу. В происхождении этого механизма большое значение придается понятию «стресса», т.е. принуждения или агрессии, исходящей из внешней среды и вызывающей реакцию напряжения. Возникновение многих болезней часто связано с эмоциональным шоком (диабет, базедова болезнь). Но не следует забывать, что данная ситуация приобретает особое значение для индивида в зависимости от его истории и его психологического развития. Клинические исследования, выполненные на больных, биографию которых можно было установить, показали существование хронологической связи между развитием их болезни и событиями, отразившимися на их аффективной жизни. Событие, подвергающее субъекта болезни, имеет для этого больного особое аффективное значение, поскольку связано с его прошлым или неразрешенной конфликтной проблемой. Именно из-за этих связей оно становится для больного стрессом.

Таким образом, аффекты ввиду хронического эмоционального напряжения, которое они вызывают, могут приводить к хроническим функциональным расстройствам, а затем к органическому поражению.

С другой стороны, если моторное или вербальное выражение агрессивности или тревоги блокировано, разрядка центральной нервной системы осуществляется через вегетативную нервную систему, приводя к патологическим нарушениям в деятельности органов.

Итак, каузальность болезни не является линейной и однозначной, она носит многофакторный характер.

Ф. Александер представляет болезнь как функцию множества переменных: наследственная конституция; родовые травмы; детские органические болезни; первичный опыт раннего детства, касающийся ухода; воспитание; сон; детские травмы; детская эффективная травматизация; аффективным климат семейной среды и специфические черты родителей и окружения!; предшествующие физические травмы; предшествующий аффективным, межличностный и профессиональный опыт.

Биографическим методом можно попытаться выявить корреляции между определенными болезнями и определенными типами психологического профиля (Ф. Данбар).

Но существует ли в действительности эмоциональная *специфичность* органических неврозов, т.е. существует ли специфическая связь между при-

родой психологического стресса и поражаемым органом? Сторонники теории специфичности вместе с Ф. Александером предполагают, что «специфичность эмоционального расстройства порождает специфичность функционального органного нарушения и даже патологического повреждения». Иными словами, каждому эмоциональному состоянию соответствует свойственный ему синдром. Но к природе аффекта также подмешивается качество преморбидной структуры индивида. Так, например, можно описать психологический профиль астматика, коронарного больного, больного ожирением, колитом, язвенника, больного гипертонией, туберкулезом, подагрой, анорексией и многими другими недугами.

Другие авторы, напротив, полагают, что каждая эмоция может способствовать развитию любого органического расстройства. Проблема локализации, неудачно называемая «выбором органа», на самом деле неспецифическим образом зависит от местной уязвимости вследствие таких факторов, как генетическая предрасположенность, инфекция или предварительная обусловленность.

Итак, проблема специфичности остается противоречивой.

■ **Психосоматическая организация.** Психоанализ установил значение *объектного отношения* и позволил понять происхождение расстройств, основываясь на отношениях субъекта и его среды.

Применение этих понятий к психосоматическим больным выявило роль ранних фрустраций в виде аффективной недостаточности. Работы Шпица по госпитализму особенно ясно показали влияние ранней аффективной недостаточности на соматическое состояние грудных детей. Представляется, что психосоматические больные демонстрируют хрупкость подобного порядка в начале своего развития или, если точнее, на предобъектной стадии, на доречевом этапе, когда органика, психология, физиология и отношение неразличимы, когда субъект-объектная недифференцированность делает субъекта крайне зависимым от его матери.

Когда субъект фрустрирован либо вследствие болезни, либо ввиду отсутствия ухода или ласки на этой стадии обязательных пассивных нарциссических удовлетворений, он приходит через это крайне вредоносное состояние дистресса к своему гармоничному как соматическому, так и аффективному развитию, с возможностью последующей конфликтной реактивации.

У психосоматических больных можно обнаружить тенденцию использовать механизмы защиты, близкие к тем, что встречаются при психозах, например расщепление и проективная идентификация. Некоторые виды патологических ответов соответствуют желанию ускользнуть путем повторения отношения зависимости (например, туберкулез), либо отношения агрессивности и борьбы (артериальная гипертензия), либо противоречия между двумя этими отношениями (астма, язва желудка).

Считается, что психосоматические заболевания соответствуют более архаическому уровню организации личности, чем невротические симптомы. Психосоматические С больные для того, чтобы бороться со своими влечениями, пытаются создать заведомо отсутствующее свойство гибкости и адаптированное™. Социально явно хорошо адаптированные, они не перестают отфильтровывать любые аффективные проявления, и их холодность перечеркивает требования желаний и их репрезентаций. Глубинная потребность в зависимости и интенсивность агрессивности станут опасными, если они допустят вмешательство либидинальных и агрессивных влечений в их сознательную жизнь. Их психическая, интеллектуальная, сновидческая, фантазматическая жизнь редуцирована до единственно прагматической и инструментальной роли. Этот тип психического функционирования я описан Марта, де М'Юзаном и Давидом под названием *операционального мышления*. Психосоматический человек, оторванный от своего бессознательного, характеризуется отсутствием свободы фантазирования, бедностью дневных мечтаний и ночных сновидений, омертвлением собственного языка, оторванного от любой эмоциональной нагрузки, и сухостью межличностных отношений. Он отрицает свое своеобразие, как и своеобразие других; он кажется усредненным, конформным в неприглядном мире без горизонта. Операциональному мышлению, описанному Парижской школой, близка концепция **алекситимии**, подчеркивающая психолингвистические особенности дискурса, в котором доминирует прагматическое содержание мышления, тогда как чувства и эмоции не могут быть описаны и выражены в словах. Измерительные шкалы и различные теоретические гипотезы пытались уточнить это понятие, которое преимущественно, но не исключительно используется в области психосоматики и определенное психотерапевтическое применение которого предполагается в когнитивистской перспективе. В экономическом плане: психическая жизнь распоряжается либидинальной энергией, обеспечивая ей эффективный выход, в то время как «энергия ускользает от психической деятельности проработки и интеграции и нарушает те или иные функциональные соматические системы».

■ **Истерия, ипохондрия и психосоматические заболевания.** Можно отчетливо видеть различия, существующие между психосоматическими больными и иными больными с нарушениями телесного функционирования, такими, как истерикки или ипохондрики.

При *конверсионной истерии* патология затрагивает межличностные отношения, но не сопровождается органическими повреждениями. При этом неврозе бессознательный конфликт выражается через симптомы, имеющие символическое значение. Они соответствуют достаточно раз-

витой организации, включающей язык и жесты. Регрессия затрагивает лишь репрезентации.

При *ипохондрии*, когда интересы больного концентрируются на его теле в ложной тревоге по поводу несуществующего повреждения, наблюдается парциальная регрессия влечения через объектную разгрузку за счет нарциссической сверхзагрузки с разделением влечения.

В случае *психосоматических заболеваний* происходит регрессия на очень архаический уровень, близкий психотическому, но без разрушения Я. Понятие ментализации, понимаемое в связи с количеством и качеством психических репрезентаций, позволяет в зависимости от индивида выявить клинические и эволюционные различия. Если у хорошо мента-лизированных субъектов можно увидеть соматические нарушения регрессивного типа, то у плохо ментализированных, система предсознательного которых утратила свое функциональное значение, наблюдается сначала психическая, а затем соматическая прогрессивная дезорганизация, могущая привести после разнообразных продромов, таких, как эссенциальная депрессия или разнообразные страхи, к тяжелому заболеванию. Патология поражает вегетативную нервную систему, а органичный невроз является соматическим ответом, который не имеет целью выразить эмоцию и который в отличие от истерической конверсии лишен смысла. Можно сказать, что «психосоматический симптом глуп».

Начиная с конверсии и вплоть до соматизации наблюдается прогрессивное вытеснение аффектов. М. Босс полагает, что «психосоматическое заболевание есть увязание в телесности». При переходе от истерика к психосоматическому больному нарастает прогрессивное сокрытие симптомов в глубине тела.

Психосоматическое лечение должно предполагать обратный путь высвобождения влечений и возобновления фантазматической активности. В его отсутствие больной продвигается не от страха к симптому или бреду, как при неврозе или психозе, а от страха к смерти, если использовать формулировку Бриссе.

\*

\* \*

Чтобы завершить наш обзор на *терапевтической ноте*, заметим, что лечение таких больных должно включать классическое соматическое лечение, которое должно быть вписано в контекст аффективного отношения с практикующим врачом. Практическое психологическое обучение врачей в этой области есть важнейший элемент психосоматического исследования, как это показал фундаментальный вклад Балинта. Необходимо глубокое понимание личности больного в ситуации, чтобы избежать психотического развития или нарушения равновесия окружения.

Если речь идет об обратимых или эволюционирующих нарушениях,

когда регулярная психотерапия назначается параллельно медицинскому лечению для того, чтобы ) установить возможно лучшее психическое функционирование, эта психотерапия должна безотлагательно проводиться психотерапевтом, обученным подходу и лечению психосоматических больных.

#### БИБЛИОГРАФИЯ

- Alexander (F). — *La medecine psychosomatique* (1950) / Trad. fr. Paris: Payot, 1962. Balint (M.). — *Le medecin, son n malade et sa maladie* (1957) / Trad. fr. Paris: Payot, 1966. Besan^on (G.). — Theories en p psychosomatique, Editions Techniques // *Encycl. med.-chir.* (Paris-France). *Psyciichiatric*, 1992, 37400 C 10, 8 p. Boss (M). — *Introduction a la mmedecine psychosomatique* (1954) / Trad. fr. Paris: P.U.F., 1969. Brisset (C). — Hysterie et psychoiosomatique. Les rapports de la structure et de l'histoire // *Evol. Psychiatr.*, 1970, Д 35, p. 307-404. Cain (J.). — *Le champ psychosomatique*. Paris: PUF, 1990. Fain (M.). — Psychanalyse et pspsychosomatique // *Rev. franc, psychanal.*, 1990, 3 p. 625-637. Ueld (R. R.). — *De la psychanalyse a la psychosomatique*. Paris: Payot, 1968. McDougall (J.). — *Theatres du co;orps*. Paris: Gallimard, 1989. Marty (P.). — *Les mouvements individuels de vie et de mort. L'ordre psychosomatique*. T. 2. Paris: Payot, 1980. ' ' Marty (P.). — *Mentalisation et ppsychosomatique*. Collection «Les empecheurs de penser en rond». Paris: Laboratotoires Delagrang, 1991. Marty (P.), De M'Uzan (M.) et Г David (C). — *L'investigation psychosomatique*, Paris: P.U.F., 1963. Taylor (G.J.). — *La pensee operatoire et le concept d'alexithymie* // *Rev. franc. psychanal.*, 1990, 3, 769-784. Von Uexkull (T.). — *Lamedecinepspsychosomatique* (1963)/Trad. fr. Paris: Gallimard (Idees), 1966.

# I

## КЛИНИКА ДЕТСКОГО ВОЗРАСТА

Ж.-Ж. ЛЮСТЕН

### ВВЕДЕНИЕ

Можно задаться вопросом: где оказалось своеобразие и специфика детской клиники после революции, произведенной З. Фрейдом? Клиницисты, занимающиеся взрослыми, например, те, чьи исследования предшествовали моим в этом *«Кратком курсе»*, без конца ссылаются на некое мифического ребенка, история которого, реконструированная *задним числом*, освещает настоящее и может предсказывать «прошлое» (С. Стейн). Психоанализ сегодня настолько популярен, что взрослые сами легко воскрешают, даже вне ситуации лечения, этого «воображаемого ребенка», которого они носят в себе и без конца реконструируют.

Какая же связь существует между этим воображаемым ребенком и тем, которым занимаются детские клиницисты, будь то терапевты (индивидуальные, семейные и институциональные) или наблюдатели естественной истории ребенка (более современные методы подхода, проиллюстрированные Боулби, Шпицем и др.)?

Об очевидной детской сексуальности никогда не догадывались, пока З. Фрейд не выявил у своих взрослых пациентов детскую амнезию и не заполнил это белое пятно, эту странную скотому у врачей и воспитателей. Куда позднее прямые наблюдения (к которым мы выше обращались и которые осуществлялись вне лечения) обнаружили у маленьких детей предсказанные или «реконструированные задним числом» элементы



(Лебовичи [111]). Но эти наблюдения могли бы также подтвердить и некоторые положения по поводу инстинктов, заимствованные у этологов (как, например, у Боулби по поводу привязанности, см. далее врожденное и приобретенное).

■ *Генез или структура*. Можно было бы попытаться свести споры к оппозиции между генетической и структуралистской (во французском понимании этого термина) концепциями и предположить, что в детской клинике изучается только генез. Однако ничего подобного, детские психиатры в такой же степени пытаются выявить некоторые значимые структуры, не являющиеся очевидными в диахронии развития (так же как клиницисты, занимающиеся взрослыми, часто обращаются к реконструированному генезу).

Синхрония и диахрония остаются одновременно неделимыми и взаимодополнительными.

Итак, вернемся к проблеме специфичности детской клиники. Обречен ли клиницист, занимающийся детьми, на то, чтобы быть либо наблюдателем, располагающим сомнительными и неточными методами (искушаемым социогенетическими и эксперименталистскими ересями), либо клиницистом с расплывчатой диагностикой (и за неимением точной нозологии рискованным прогнозом), либо терапевтом, которому не удастся добиться подлинного аналитического процесса? В действительности же эта клиника постоянно движется в двух, отмеченных выше направлениях, определяя новые пределы:

— к генетическому уровню *структурирования*, т.е. к структуре в процессе ее прогрессивного становления через непрерывную дифференциацию или через скачки с провалами, обратимыми или необратимыми регрессами. Это структурирование осуществляется благодаря действию эндогенных и экзогенных, исторических и семантических (событие и смысл могут иметь одинаковый вес) факторов;

— к клиническому уровню патологической *«организации»*, т.е. более или менее проработанной, часто специфической, но гибкой конфигурации. Эти организации могут перестраиваться и, как правило, находятся в связи с другими, очевидно удаленными организациями (см. далее о связи между психозами, перверсиями и психосоматическими болезнями). Весьма гетерогенные факторы (такие, как оснащенность, среда и пр.) определяют эти организации, предписывают их господство, регулируют их развитие.

Структура никогда не проявляется у ребенка как «кристалл», а скорее как ложно изотропная «плазма» или как переохлажденная жидкость (которую внешний кристалл может иногда отвердить), или как синситиум (т.е. малодифференцированная ткань, где проявляются только «ядра», а не мембраны).

■ **Необходимость клинической теории.** Перед тем как произвести опись этих разнообразных организаций, представляется необходимым подробно определить различные психопатологические концепции, которые позволят нам лучше изучить и понять феномены структурирования и наиболее внятными образом учесть разнообразные организации, исследованные у детей.

— В чисто *генетическом* плане мы обсудим отношение между ребенком и матерью: объект и объекты, идентичность и идентификация; оснащение, инструменты и функции; детский страх и защиты; фантазии. В конце мы попытаемся уточнить, что же такое регрессия.

— Некоторые из этих концептов являются, в сущности, биполярными и определяются их отношением к противоположному означаемому (можно было бы даже сказать, что они определяются ввиду реципрокного исключения). В *клишико-феноменологическом* плане это приводит нас к концепции, являющейся уже не строго генетической, а «квазиструктуралистской». Например: Я, противопоставленное другому; идентичность и множественность; объект и Я; врожденное по отношению к приобретенному; фантазия—реальность; регрессирование—прогрессирование и пр.

Но так или иначе следует возвратиться к самой строгой *метапсихо-логии*. Сначала мы увидим, каким образом она применяется к ребенку, затем мы изучим некоторые понятия, не очень относящиеся к фрейдовской метапсихологии (особенно первой): нарциссизм и тело, действие и ментализация.

#### ТЕОРИЯ КЛИНИКИ ДЕТСКОГО ВОЗРАСТА

##### МАТЬ И РЕБЕНОК: «ТРАНСАКТНАЯ СПИРАЛЬ» В СЕМЬЕ

Начиная с самого рождения и даже ранее, история разыгрывается между двумя персонажами, но какой из них управляет действием? Две противоположные теории карикатурным образом сталкиваются по поводу патогенеза психоза-отсталости (М. Маннони) или раннего детского развития (М. Кляйн). Согласно первой, бессознательное и желание матери у ребенка всемогущественны, формируют его, дают ему (или нет) выход к «я», к статусу субъекта, к ощущениям. Согласно второй, ребенок создает воображаемую мать, которой он манипулирует, которую расщепляет, удаляет, проецирует, интроецирует в соответствии со своими влечениями и своими первичными фантазиями. Каждая теория пытается определить место, занятое другим персонажем в фантазмах матери

(М. Маншони) или ребенка (М. Кляйн),— что вполне закономерно,— затем полагает (совершенно естественным, что другой реально занимает пред-назначенное ему место, играет предписанную роль и не может играть другую роль, иначе действовать).

Мы не согласны признать столь абсолютное и магическое могущество фантазма: действительно, он не может создавать и моделировать лишь для себя одного не только физическую реальность, но и самую ближайшую реальность: это не субстанция, не порождающая" природа (nature naMuranse в смысле Спинозы).

Постараемся изложить в свете этих двух теорий, являющихся по сути дополнительными, различные этапы отношения матери к своему ребенку. Каким образом со стороны матери осуществляется дифференциация в этой диаде (это история объектного отношения в «негативе»).

■ **«Пред)история» ребенка в истории его родителей:** фантазматический ребенок. Будущий ребенок долгое время существует в фантазматическом опыте маленькой девочки; ребенок даруется отцом (отличным от своего пениса) лишь в конце длительной эволюции, стадии которой представлены ниже.

**Оральный ребенок,** ребенок от хорошей или плохой пищи, каким его представляют теории оплодотворения через рот (с символическим уравнением маолоко = сперма и фантазмами инкорпорации отцовского пениса матерью).!. Позднее подростки, страдающие нервной анорексией, отказываются одновременно от пищи, сексуальности, материнства. Зато молодые женщины, у которых был счастливый оральный период или идеал-Я которых принимает оральные требования, переживают беременность как интенсивную и разрешенную регрессию, во время которой они могут полнеть и демонстрировать капризы в отношении еды. Других буквально неудержимым образом *тошнит* от их ребенка, особенно после 3-го месяца, до их опорожнения и удаления этого *ребенка-от-плохой-пищи*.

**«Экскрементный ребенок»,** которого мать сохраняет в себе (М. Кляйн [48, с. 239]), фантазм, являющийся скорее производением теорий родов через анус (более распространенный после получения сексуальной информации). Ребенок хочет видеть, атаковать, расчленил этого фекального ребенка, украсть его у своей матери (ребенка, являющегося одновременно парциальным объектом, пенисом отца). Беременность и иногда роды содержат в себе удовольствие *удержания* (объясняющего некоторые случаи динамической дистонии, гипертонии или инертности матки в момент выталкивания у страдающих хроническими запорами с сильной анальной фиксацией).

<sup>1</sup> В онтологии Спинозы — актуально бесконечная субстанция, вне времени порождающая мир в своих модификациях в отличие от порожденной природы (natura naturata) (*прим. пер.*)

**Ребенок-фаллос.** Он позволяет возместить утрату фаллического объекта и восстановить нарциссизм. Этот ребенок-фаллос магическим образом отрицает нехватку, отсутствие. Он должен оставаться вечно привязанным к матери, чтобы ее рана зарубцевалась. На этом уровне он выполняет еще одну функцию — парциального объекта, а не субъекта, который может индивидуализироваться и вести личную жизнь. Существование жесткой фиксации на этой прегенитальной стадии объясняет энергию, с которой женщины трактуют своего ребенка как часть своего тела, витальную часть их самих, над которой они осуществляют свое всемогущество и которая в то же время является гарантом их всемогущества.

**Ребенок — персонифицированный третий.** Если мать счастливо постигает эдиповскую проблематику, воображаемый ребенок становится субъектом, включенным в первичную генитальную сцену, в которой фигурируют разделенные и сексуализированные родители, тогда как до этого он был лишь парциальным объектом, включенным в фантазм «сочлененных родителей»<sup>1</sup>.

Выявление прегенитальных фиксаций у матери позволяет раскрыть глубинный смысл, который имеет для нее ребенок, и объяснить определенные сложности беременности и первых лет развития ребенка. Но эти фиксации представляют собой лишь «условия», но не достаточные основания (условия, прогрессивно оспариваемые ребенком). Было бы методологической ошибкой выстраивать серию линейных уравнений типа: оральная мать—психотический ребенок. Этот *ребенок-фантазм*, место которого в истории маленькой девочки мы проанализировали, существует также для маленького мальчика, который тоже должен отречься от желания иметь ребенка от отца в своей инвертированной эдиповской позиции. Но его история куда короче, хотя многие авторы, например Беттель-гейм, полагают, что у мужчины всегда существует зависть к вагине и желание родить. Но если не очень верится в реальность и устойчивость подобного фантазма желания у взрослого, то он весьма хорошо вписывается в рамки константной для каждого психической бисексуальности (бисексуальности, еще более отчетливой у ребенка).

■ **«Реальный» ребенок и «транзактная» спираль** (Лебовичи [114]). Что же на самом деле происходит с матерью в момент ее беременности, родов, первых моментов ухода, каким способом воздействия на своего ребенка она располагает? Прежде всего отметим, что невозможно гово-

<sup>1</sup> В оригинале: *«parents-combines»* (фр.) — не имеет точного русского аналога и может быть приблизительно переведено как «составленные родители», «комбинированные родители», «родитель-комплекс»; имеется в виду описанная М. Кляйн детская фантазия, в которой оба родителя представлены в непрерывном сексуальном контакте (*прим. пер.*).

речь только о матери, скорее следует говорить о месте, которое занимает ожидающийся, а затем появившийся ребенок в родительской семье.

**Желание иметь ребенка, известие о беременности** вводит третьего в пару, способ взаимоотношения в которой может быть диффузным, демонстративным (взаимозаменяемые роли) или, напротив, генитальным. Но в любом случае введение этого третьего имеет двойной эффект:

- реактивация страхов эдиповской фазы у обоих родителей;
- «разрешенная» оральная регрессия у матери.

Беременность влечет за собой важную экономическую перестройку (усиление нарциссического либидо за счет объектного либидо).

С этого момента воображаемый ребенок, о котором мы говорили, обретает больший вес и присутствие.

Мать вместе со всеми своими воспоминаниями и фантазмами желания создает для этого ребенка воображаемое, галлюцинаторное тело: она заранее приписывает ему те или иные физические свойства (определенное лицо, волосы и пр.), которые она будет пытаться обнаружить после рождения.

**Травма рождения.** Этой травме и ее роли предвестника страха придавалось большое значение.

На самом деле мать также переживает резкую перестройку загрузок, сепарацию и утрату части себя самой. Это чувство смягчается зависимостью («Hilflosigkeit») ребенка, которого она может пока вообразить частью собственного тела.

**При рождении** маленький человек незрел (З. Фрейд). Это значит, что фантазмы материнского всемогущества имеют почву. Винникот говорит о необходимости поддержки (holding) ребенка матерью для того, чтобы он жил и нормально развивался, что является клинической реальностью. Мы также увидим, в какой степени первичный нарциссизм формируется благодаря матери (см. с. 288). Если «первичная материнская забота» очень перегружена страхом (Винникот) или если наблюдается «чрезмерная материнская озабоченность» (Шпиц), у младенца появляются проблемы питания (рвоты, колики 3-его месяца) или сна. На деле речь идет о передаче (в двух направлениях) сообщений, аффектов, содержания. Эта циркулярная и прогрессирующая реакция формируется реципрокт-ным и смещенным по отношению к желаниям, ожиданиям, отсутствию, опозданиям и встречам обменом интроекциями. Здесь уже остается чисто воображаемое и зеркальное отношение, итог которого может быть позитивным и негативным (но причиной является не только мать).

С самого начала развития младенец все-таки не является просто вещью: у него есть **собственная активность** (на которой настаивает Бет-тельгейм [22]), он посылает сигналы (крик), по-своему отвечает на сигналы матери. Эти сигналы прогрессивно нагружаются значением для од-

ного и другого (Шпиц [155]). Существует прогрессивное взаимодействие, коммуникация совершается в одном направлении и прорабатывается синтетическим образом. Вот почему Лебовичи ([114, с. 253]) вслед за Т. Бенедекком употребляет весьма удачный термин «трансактная спираль». Неравенство в диаде постепенно уменьшается, и «реальное» всемогущество матери сообщается с фантазматическим всемогуществом ребенка (таким, каким его описала М. Кляйн).

Постепенно в эту «спираль» включается **отец**, хотя точно датировать его появление невозможно, равно как и предписать ему единственную роль (физически отсутствующий или слишком присутствующий, берущий на себя материнские функции за счет своей жены отец). Если вначале он представляет собой лишь парциальный объект (пенис, инкорпорированный матерью) или элемент «сочлененного родителя», то по мере развития он индивидуализируется.

**Реальная или воображаемая реконструкция** родительской эротической пары является для М. Фэйна основным этапом индивидуализации младенца. Связанная с этим разгрузка ребенка матерью («цензура любовницы») позволяет открыть аутоэротизм (благополучный и неструктурный, если он следует после первичной нарциссической фазы, в которой мать оказывается в достаточной мере удовлетворяющей) и может послужить введением к любой фантазматической жизни.

**Обмен нарциссическими вознаграждениями** между родителями и ребенком, их принятие, отказы, взаимное предвосхищающее ожидание, разочарования ткнут «взаимное и продолжающееся творение» (Лебовичи). Именно поэтому Т. Бенедек считает, что Я ребенка, видимо, хуже развивается в тех секторах, которые соответствуют неразрешенным родительским конфликтам. Но можно также утверждать, что конфликты (и дефекты) ребенка отражаются на собственной родительской структуре (так, сейчас, после совершенно противоположных утверждений по поводу психотического ребенка обнаружено, что он грубо нарушает уравновешенную и благополучную до его появления экономику родителей).

Можно было бы перевести всю детскую психопатологию в термины провалов функционирования этой спирали.

— *Блокада* коммуникации в двух направлениях: ребенок, возводящий в аутизме барьер абсолютного противозвуждения; родители, не могущие ни понять страха их ребенка, ни увидеть его регрессию и галлюцинаторно видящие его счастливым;

— *Компьюсья повторения*, трансформирующая спираль в чисто зеркальную и омертвляющую игру (в связи с отсутствием необходимого разрыва, либидинального напряжения, позволяющего спирали быть прогredientной).

## ОБЪЕКТ И ОБЪЕКТЫ

Объектное отношение — феноменология, генетика или метапсихо-логия?

■ **Объектное отношение.** На протяжении нашего изложения мы избегали употребления слишком расплывчатого термина — «объектное отношение». Реально этот термин, который был и остается широко используемым во взрослой клинике, легко приводит к неточной и не очень подходящей типологии (в детской клинике в еще большей степени, чем где бы то ни было). Он, конечно, позволяет, как это замечает в данном «*Кратком курсе*» Буланже, «резюмировать в отношении к другому уровень либидинальной зрелости, структурирования Я и защитной организации». На самом же деле он прежде всего позволяет переформулировать поведение или характер в феноменологическом стиле (в философском и психиатрическом смысле): сделать в пространстве отношения очевидным направление, дистанцию, преднамеренность и скрытое значение. Если придерживаться строгого определения З. Фрейда объекта как «объекта влечений», то говорить об объектном отношении — значит лишь многословно перелагать топологическую и экономическую теорию. Эта транспозиция представляется А. Грину опасной, поскольку она уничтожает различие между объектным и нарциссическим либидо (Монреальский коллоквиум, с. 89-136).

■ **Генез объектного отношения.** Но объект влечения для ребенка есть прежде всего материнский объект, объект, который постепенно формируется как таковой (с параллельным формированием собственного Я). Мы не будем здесь снова повторять различные моменты генеза объектного отношения (см.: М. Узер, а также с. 247, «трансактная спираль»). Зато мы хотели бы напомнить несколько хорошо известных в детской клинике позиций.

— Формирование объекта не является сознательной операцией, интеллектуальным или аффективным процессом, это прежде всего экономический и количественный процесс; «объект инвестирован даже до того, как быть воспринятым». Процесс, который не только *предшествует*, но единственный делает возможным появление Я и сознания.

Более того, энергия (и аффект), которая загружает объект, не является чисто либидинальной. Существует также важный момент сепарации с ним, агрессивного разделения: «объект рождается в ненависти», мы также прибавим — «в *отсутствии*» (которое позволяет желанию галлюцинировать).

— Значение отношений с *парциальным объектом* в фантазиях, играх, мечтах и различных формах активности нормального ребенка до периода латентности.

КЛИНИКА

— Клиническое и социокультурное значение *транзитного* объекта, описанного Винникотом, даже если его метапсихологический статус остается спорным.

Вильдлёр со своей стороны уже давно настаивает на месте воображаемого и возможного в конституировании Я ребенка (Монреальский коллоквиум, с. 196).

■ *Заключение.* Представляется очевидным, что в конце длительной эволюции (в течение целого периода детства) объект из реального, внешнего, невоспринимаемого и загруженного превращается (благодаря ухищрениям «имагоической» инкорпорации, проекции, «парциализации») во *внутренний объект* — единственный, имеющий аутентичный психический статус (см. дальше: ментализация).

Именно в этом значении **внутреннего объекта** мы будем для большей ясности использовать слово объект.

### ИДЕНТИЧНОСТЬ И ИДЕНТИФИКАЦИИ

В педагогической и медико-психологической среде проблемы детско-юношеской клиники часто выражаются в терминах возможности идентификации (с хорошим или плохим образом), отсутствия или присутствия отца (или матери), с которым может, или нет, произойти идентификация. Это понятие заслуживает более пристального изучения. На самом деле существует не одна, а множество *идентификаций*. Эти идентификации восходят к более или менее сложной идентичности Я и личности. Эта идентичность создается в процессе постоянной работы, где уравниваются внешние объекты, имаго, внутренние объекты, различные инстанции. Уровень и механизм идентификации проявляется через сознательные фантазии, мечты, фантазмы, симптомы, защиты, а также разнообразные формы деятельности. Еще одно замечание: самая архаическая идентификация (инкорпорация), как и самая проработанная (при истерии), всегда восходит к телу ребенка, но к телу, которое, будучи прежде реальным телом с его чисто физиологическими функциями (глотание, дефекация и пр.), вторично ментализируется и становится *символическим телом* — телом-языком, местом представления, драматизации (где разыгрывается не только отношение с другим, но целостность первичной эдиповской сцены).

### Идентичность

■ *Генез и клиника идентичности.* Идентичность в процессе развития смешивается с последовательностью различных идентификаций.



1. *Прототип идентификации.* Речь прежде всего идет об *инкорпорации*, которая на втором этапе становится интроекцией. М. Торок вслед за Ш. Фе-ренци весьма настаивал на различии между этими двумя процессами. В любом случае они составляют лишь половину (касающуюся субъекта) биполярного процесса (интроекции-проекции). В отношении объекта наблюдается целая серия создающих его и оживляющих проективных идентификаций. В противоположность тому, что утверждает М. Кляйн, представляется, что они к тому же могут иметь как хорошее, так и плохое содержание.

2. *Идентификация в собственном смысле* (мы отсылаем к статье Узера о *генезе*). Напомним лишь о частоте *идентификации с агрессором* у детей, либо ранней в момент усвоения «нет» (и третьего, по Шпицу, создателя, предвестника символизма), либо поздней в детских играх и фантазиях. Отметим к тому же, что этот механизм является обратным интроекции хорошего объекта, поскольку в этот момент интроецируется плохой объект (А. Фрейд). Э. Якобсон обобщил этапы идентичности ребенка, различая:

- *единство (oneness)*: идентичность-слияние (без разделения себя-объекта);
- *тождество (sameness)*: быть идентичным (зеркальное удвоение);
- *сходство (likeness)*: быть как, походить на объект;
- *близость (closeness)*: быть завершенным и независимым от объекта. Эта параллельная идентичность субъекта и объекта разворачивается и формируется во многих плоскостях.

Во времени: память, рассказ, создание личной истории. Отметим, впрочем, что то, что называется детской амнезией, т.е. амнезией детства, происходит не в детском возрасте, а во время латентного периода. Однако она может проявиться в редких острых эпизодах при определенных формах истерии.

В пространстве (см. Ж. Пиаже по поводу этапов). В клиническом плане отметим:

- фантазмы действия на расстоянии при инфантильном всемогуществе и магическом мышлении;
- бессознательное означение особых мест: «родительский» дом, комната родителей, все опасные места вне дома и вдалеке от родителей (например, школа);
- абстрактное пространство, которое должно быть делибидинизировано для обучения математике или чтению.

Идентичность пространства собственного тела и тела другого (с его нарушениями не только при психозе, но и при дисгармониях, сопровождающихся апраксиями).

Половая идентичность (завершенная лишь после Эдиповой фазы), явная реализация которой всегда проявляется на фоне латентной бисексуальности.

**Личностная идентичность**, для которой характерно использование местоимения Я и получение удовольствия от психической деятельности.

■ *Метапсихология*. Идентичность связана с целой серией *экономических* феноменов: равновесие нарциссических и эротических загрузок, гармоничная игра достаточно смешанных влечений. С другой стороны, в процессе развития ребенка определенные превращения оформления влечений оказывают влияние на идентичность; так, например, угасание влечений в период латентности делает эту идентичность более когерентной, тогда как пубертатная реактивация приводит к тяжелым и проторяющимся кризисам идентичности (см.: Э. Кестенберг [96]).

Можно также напомнить, что при некоторых организациях *защиты* направлены на восстановление идентичности, пусть даже парциальной (если вмешиваются определенные расщепления) или нереальной (при психозе).

### ВРОЖДЕННОЕ И ПРИОБРЕТЕННОЕ: ОСНАЩЕННОСТЬ

Вся история нормальной и патологической психологии может быть резюмирована в виде спора, все еще актуального, между сторонниками *врожденного* и *приобретенного*. Некоторые до сих пор отстаивают существование первичных инстинктов, отличных от влечений и предшествующих любому отношению с матерью: Балинт вслед за Ференци утверждает, что существует потребность в контакте и первичной связи с объектом (первичная любовь). Эта теория сходится с теорией исследователей детства, пытающихся применить к ребенку результаты этологиче-ских наблюдений и постулирующих существование «запускающих механизмов» (в результате столкновения инстинкта и специфического геш-тальта стимулов). Так, Боулби отвергает идею вторичной привязанности к матери, которую мы описали выше (ребенок привязывается на втором этапе к тому, кто вначале удовлетворяет его потребности). Для него ребенок обладает врожденной потребностью в груди, откуда и следует его привязанность к матери (теория первичного сосания объекта). Ребенок также обладает врожденной потребностью в психическом и соматическом контакте с человеческим существом, потребностью, относительно независимой от оральной потребности (теория первичной привязанности). Пять реакций составляют это врожденное поведение привязанности: сосание, цепляние, следование, плач, улыбка (Лебовичи, с. 236). Мы не придерживаемся этой теории. Во избежание бесцельной войны между врожденным и приобретенным мы будем употреблять лишь один тер-

мин, более нейтральный: оснащенность<sup>1</sup> (которому мы не приписываем смысла некой фиксированной вещи, заранее данной раз и навсегда). Как его определить? *Это то, чем в данный момент перед лицом реальной ситуации располагает ребенок для того, чтобы контактировать и чтобы интегрировать данную ситуацию.* Оснащенность будет, таким образом, некой основой, неким спектром средств, постепенно диалектически сформированных благодаря синтезу, более или менее гармонично осуществленному на многих, разнообразных уровнях, врожденных и приобретенных, старых и новых элементов. Перечислим эти элементы.

■ Определенная конституция организма (здорового или больного), раз и навсегда генетически зафиксированная оснащенность (определяющая хромосомный пол, некоторые соматические особенности, специфику метаболизма) со свойственными ей стилями реагирования (нейромотор-ный тип, гипертония или гипотония, чувствительность к определенным стрессам и определенным аллергенам), поражениями центральной и периферической нервной системы, метаболическими или внутренними нарушениями, прогрессирующими или нет.

■ Определенные возможности инструментального плана (интеллект, язык, телесная и психомоторная схема и др.), использование и «операцио-нальность» которых на данный момент оценивается различными тестами.

■ Фиксация на психическом уровне социоаффективного развития, семейного и школьного обучения. Понятие оснащенности может быть транспонировано на уровень психоаналитической психопатологии, тогда различаются следующие два уровня анализа.

**Начальная оснащенность**, первое основание, данное до всякой истории, до любого установления направления, включающая в себя:

- 1) *функциональную оснащенность и инструментальные возможности*, данные изначала. Всем исследователям новорожденных представляется очевидным, что дети рождаются неодинаковыми. Первичная загрузка определенных функций и механизмов происходит очень рано;
- 2) *оснащенность влечений*, варьирующую в зависимости от индивида и имеющую два источника: исходные влечения ребенка и первые загрузки матерью тела и я-сам ребенка (см. далее «первичный нарциссизм»);
- 3) *определенные стили реагирования*, рассматриваемые некоторыми психосоматиками, такими, как Фэйн, как квазिवрожденные. Каждый индивид характеризуется:

<sup>1</sup> В оригинале: *<n'l'equipment>* (фр.) — снаряжение, снабжение, экипировка, оснащение, в некоторых случаях может быть переведено как «навык» (прим. пер).

- определенной реакцией на неудовольствие;
- определенным равновесием между возбуждением и торможением;
- порогом сопротивления к агрессии;
- возможностями самостоятельного возбуждения эrogenной зоны, страдающей от нехватки материнского вклада;
- большей или меньшей интенсивностью своих нарциссических потребностей (то, что позже разделит два тина структур: нарциссические и эротические);

4) *определенную predisпозицию к страху* (см.: Ф. Гринэйкр [87]).

На этом первом уровне анализа оснащенности весьма грубо оцениваются лишь возможности и невозможности.

**Использование оснащенности в направленном действии**, т.е. способ, которым она оценивается, инвестируется, обменивается, используется ребенком, его семьей, воспитателями. Необходимо опознать фантаз-мы и защиты, которые она порождает (например, родители дебилов, стараясь найти чисто соматические объяснения, отрицают или перегружают дефект). Таким образом, оснащенность всегда схватывается, используется на уровне значения в истории ребенка и его семьи, что объясняет, что один и тот же дефект, одна и та же отмеченная способность может иметь весьма разнообразные функции и становление в зависимости от того, являются ли они недозагруженными, сверхзагруженными или противозагруженными. Можно также наблюдать атрофию или гипертрофию функции, защитное использование дефекта (чтобы избежать требований и созревания влечений ребенка).

#### ИНСТРУМЕНТЫ И ФУНКЦИИ

Здесь встречается тот же дуализм врожденного и приобретенного, та же фиксация в направленном действии. Каковы же эти инструменты и их функции, с непосредственным и прогрессирующим проявлением которых мы встречаемся у ребенка? Мы ограничимся тем, что назовем некоторые из них с указанием значащих связей, реализующихся с дифференциацией психической жизни и объекта:

- питание, желудочно-кишечный тракт, оральность;
- сфинктерный контроль, анальность, удовольствие выделения и удержания;
- моторика, действие, образ тела, тонус, поза, пространство;
- генитальная или диффузная сексуальность;
- оральный язык, письмо, коммуникация;
- сон, нарциссизм, сновидение и пр.

Какова общая схема и методы исследования этих функций у ребенка?

## КЛИНИКА

— *Существование* локального (орган) или диффузного анатомо-фи-зиологического *субстрата*. Структура этого субстрата без открытости вовне (афферентность, эфферентность). Взаимодействует ли он с материальными объектами или количествами энергии (см. различие между пищеварением и сновидением). Полностью ли этот субстрат управляет связанной с ним функцией, или эта связь более сложная?

— *Время проявления*: проявляется ли с самого рождения или формируется в течение раннего или позднего созревания. Это то, что может объяснить различную психическую роль оральности, ходьбы, рождения.

— Прямая или косвенная связь со значащей *эрогенной зоной* (оральной, анальной и пр.) или стадией психоаффективного развития.

— *Тип* преимущественно инвестируемой психической *энергии*: эротическое либидо, агрессивное либидо, предполагаемая нейтральная энергия.

— Преимущественно нарциссическое или объектное *действие*.

— *Физическая репрезентация*, присущая или нет, их реализации. В какой форме воплощена эта репрезентация. Ее связь с фантазмом. Способ воплощения этой репрезентации. Является ли эта реализация всегда сознательной, предсознательной или бессознательной. Существует ли *удовольствие от действия*, основное или побочное. Может ли это удовольствие занимать ведущее место в ущерб обычным целям (автономное, аутоэротическое, перверсное функционирование).

— Является ли их *структурная* артикуляция соразмерной *им*. Или же существуют многочисленные уровни артикулирования, среди которых и психические (как в случае языка).

— Их избыточное развитие, связанное со сверхзагрузкой родителями или ребенком. Защитное значение этого избыточного функционирования, его связь со стилем взаимоотношений.

— Их *подавление* в связи с конфликтами невротического порядка или в связи с экономическим реструктурированием в области дефекта или психоза.

■ *Заключение*. Инструментальные нарушения или расстройства основных функций должны быть исследованы у ребенка двояким образом. В *аналитическом плане* необходимо одновременно установить изначальную несостоятельность, последующую загрузку и перезагрузку плохо связанным и не нейтрализованным влечением. Инструмент или функция может оказаться анклавом, не интегрированным в Я и систему сознательного. Тогда они вызывают гнев Сверх-Я и претерпевают мощную противозагрузку (как следствие — подавление или анархическое поведение). В *синтетическом плане* глобально исследуется интегрированность или неинтегрированность функции или инструмента в систему психической жизни ребенка (и возможное появление *дисгармоний*).

## ДЕТСКИЕ СТРАХИ И ЗАЩИТЫ

**Определение.** Обычно страх определяется как «мучительный аффект, связанный либо с актуальной травматической ситуацией, либо с ожиданием опасности, исходящей от неопределенного объекта». Данное определение имеет следующие следствия.

Различие между психической тревогой (часто неопределенной) и страхом реального объекта, реакцией на этот объект.

Существование двойной формы проявления тревоги: соматической и психической.

Необходимость топического разделения между различными психическими инстанциями для появления тревоги (по крайней мере, дифференциация между наметками Я и объекта для того, чтобы этот аффект имел не только соматическое, но и психическое означение).

**Онтогенез страха**

Некоторые авторы, например Гринэйкр ([87], с. 37), считают, что определенная, более или менее развернутая predisposition к тревоге составляет часть оснащенности каждого ребенка: это весьма похоже на клиническую реальность. По поводу онтогенеза тревоги можно также напомнить знаменитую проблему *страха рождения*, который на самом деле не заслуживает наименования страха, какова бы ни была интенсивность физиологической травматизации, вызванной рождением. Речь идет лишь о резкой перестройке нагрузок и влечений в момент перехода от защищенного, симбиотического, закрытого существования, без контакта с внешней средой, в частности с воздухом, к автономному, подверженному всем агрессивным воздействиям существованию (несмотря на противозовуждение, постулированное З. Фрейдом). Этот резкий драматический переход осуществляется с первым дыханием, первым криком.

**III Предшественники тревоги.** Начиная с рождения и до 3 месяцев можно говорить лишь о чисто соматических предшественниках тревоги. Младенец может, в сущности, испытывать лишь состояния *напряжения* (Шпиц) или, максимум, состояния *беспокойства* по поводу внутренней неуравновешенности (голод, переполнение мочевого пузыря или кишечника) по поводу сенсорных воздействий, превышающих возможности разрядки после преодоления ими щита противозовуждения (Гринэйкр). Но все индивиды реагируют неодинаковым образом на эти первые травмы, что заставляет Гринэйкр говорить не только о predisposition к тревоге, но и об *аморфной базовой тревоге*.

Именно начиная с 3-го месяца, в момент первого преаффекта, проявляющегося улыбкой (первый организатор Шпица, т.е. улыбка ребенка

перед маской), намечается *страх незнакомого объекта*. Этот первый страх уже куда более проработан, чем первые реакции на стимул, появляющиеся ранее 3 месяцев. Он уже предполагает первый эскиз объекта. Именно в этом периоде Мелани Кляйн [99] размещает *шизопарано-идный страх*, который она реконструирует исходя из анализа ранних этапов детства. Представляется, что этот страх чаще всего формируется двумя следующими механизмами.

**Расщепление** объекта и Я (или скорее несоединение). Это то расщепление, которое в чистом виде находится в основании детских психозов и выражается в страхе расчленения. Это расщепление одновременно создает риск и механизм защиты против этого расчленения: «грудь не может быть плохой и хорошей, я не могу быть хорошим и плохим. Если я хороший, я инкорпорирую хорошую грудь, значит, я целостен и грудь целостна». Плохая грудь и плохое Я могут существовать лишь вовне.

**Проективная идентификация:** благодаря этому двухэтапному последовательно запускаемому механизму все плохое в Я одновременно проецируется вовне (проекция) и помечается в объекте (идентификация). Но эта идентификация лишь вторична, она возникает после расщепления и проекции плохого парциального объекта. В клинике эта проективная идентификация может создавать очень эффективный защитный механизм, вследствие чего тревога успокаивается и поддерживается достаточная дистанция по отношению к деструктивным влечениям и их результатам. Конечно, этот механизм преобладает при психозах, к примеру при физиологическом психозе младенца, описанном Мелани Кляйн. Но действие проективной идентификации также наблюдается у некоторых психопатических детей, когда дистанция с аффектами остается постоянной: «злой — это другой»; антисоциальный акт есть не более чем нормальный ответ на его агрессию. На этом уровне не существует чувства вины, вина может появиться лишь перед лицом запрещающей инстанции или ее *интериоризованной модели*. Вот почему термин «проективная идентификация» порождает столько путаницы. Именно *другой* идентифицируется с неопознанной частью себя, а не интроецированный объект, на которого хочется походить и которого хочется слушаться.

■ **Первичная тревога.** Депрессивная тревога (Мелани Кляйн), второй организатор (Шпиц).

Удивительна конвергенция положений Шпица и Кляйн, которые различными путями описали почти одно и то же, т.е. совпадение появления первого целостного наброска Я, объекта и тревоги. *Депрессивная тревога* есть страх (испытываемый уже единым Я) утраты *объекта, воспринимаемого как целостность*, т.е. две его расщепленные части одновременно объединены и инкорпорированы.

У Шпица эта тревога связана с опознанием лица матери как отличного от других и аффектом, возникающим, когда это лицо и эта личность (уже воспринимаемая как внешняя) исчезают и не могут быть заменены другим лицом или маской, как на стадии первого организатора (страх перед незнакомцем).

В это время может появиться *анаклитическая* депрессия: отсутствие этого целостного объекта, которым является мать (целостный объект, на который должен опираться ребенок, чтобы выжить и развиваться — идея анаклитической опоры), останавливает психосексуальное развитие и приводит к созданию значительной вакуоли в нарциссизме и в Я. Эта вакуоль может быть скрыта сверхструктурами, созданными задним числом, или защитными системами, но она остается вписанной как точка фиксации (в генетическом смысле) или как возможная ось перелома (в структурном смысле), что мы рассмотрим в клинике недифференцированных организаций анаклитического типа. Можно также вернуться к термину *тревога сепарации* в том виде, в каком она была исследована Боулби [32]. Напомним также, что эта депрессивная тревога является в буквальном смысле тревогой утраты орального объекта и первой тревогой вины, но эта вина пока не имеет ничего общего с эдиповским чувством вины, которое связано с кастрацией и интродекцией Сверх-Я.

■ **Анальная тревога** есть первый тип смешанной тревоги, связанной одновременно с влечением, запретом и риском утраты объекта. Она имеет четыре аспекта.

**Реакция на родительские предписания** и запреты в моменты обучения управления сфинктерами (выделение, удержание) с введением периодов, ритмически сочетающихся с фазами разрешенного или предписанного удовольствия (доставь сейчас мне удовольствие, доставь себе удовольствие) и предписанного управления.

**Колебание** между **активностью** и **пассивностью**, каждая из которых может переживаться как опасная. Страх анального разделения и страх вторжения в другого, его разрушения, его загрязнения, страх тем более живой, что он часто продуцируется в момент разделения влечения, обнаруживающего агрессивность, более не связанную с либидо. Эта действенная агрессивность влечет за собой проективный страх мести со стороны другого.

**Страх утраты анального объекта**, являющегося и не являющегося частью себя (фекальная масса, служащая часто высоко инвестированной аутоэротической игре), частью тела, отделение которой, образующее архаический прототип кастрации, может быть опасным. Многие материальные объекты (игрушки, коллекции), а также то, что продуцируется телом (ногти, волосы), обладают смыслом анального объекта, который



должен быть сохранен любой ценой и по отношению к которому существует одновременно страх и желание увидеть их испорченными, разрушенными собой.

**Защиты** анального типа, чаще всего встречающиеся у детей в квазипсихотическом статусе,— это уже многократно упоминавшаяся *проекция*, *отрицание* реальности словом или действием или *изоляция* аффектов, *интеллектуализация*, *овладение* с помощью мысли, взгляда, *аннумирование*,— одним словом, все приемы магического мышления. Все они служат цели восстановления всемогущества. К ним можно добавить менее ментализированные защиты поведенческого регистра, такие, как моторная заторможенность (из-за страха агрессивности) или ее противоположность — ажитация, компульсии разрушения или проверки целостности материальных объектов.

■ **Страх на фаллической стадии** (см. гл. 1) является скорее тревогой утраты, появляющейся в момент открытия различия между полами, когда устанавливается равенство фаллос = могущество. Защитное поведение против этого страха утраты, наиболее часто наблюдаемое в этот период,— это *отказ* от признания сексуальных различий, имеющий большое клиническое значение, а также *сверхзагруженность фаллоса*, утверждение фаллического и нарциссического всемогущества. Следует четко различать тревогу утраты фаллоса (имеющую скорее нарциссический прегенитальный характер, относящийся к порядку воображаемого или двойственного и зеркально-реального) от тревоги собственно гени-тальной кастрации, единственной заслуживающей названия кастрацион-ного страха. Термин «кастрация» очень проективно используется в клинике и детской психологии для депрессивных, нарциссических страхов, страха утраты парциального объекта (даже если этот парциальный объект и тотализирован, т.е. изображает целостность себя или другого: тело, целиком рассматриваемое как фаллос,— это все же часть, взятая как целое), т.е. для всех страхов, кроме страха кастрации.

■ **Страх кастрации.** Единственный, принадлежащий регистру символического, он маркирует переход к генитальному желанию, к закону, к триангулярному отношению целостных и сексуализированных личностей. К тому же у детей, как и у взрослых, настоящий страх кастрации обнаруживается намного труднее, поскольку он провоцирует вытеснение (и покрывается им), и куда чаще, чем другие страхи, выражающиеся более открытым способом; он разворачивается на уровне бессознательных фантазмов невротического конфликта. Его необходимо расшифровывать за фасадом защитных механизмов (куда более проработанных, нежели простые формы защитного поведения против страха, которые мы описали).

### Клиника страха

Страх у ребенка зачастую очень трудно обнаружить, поскольку он одновременно демонстрируется и маскируется поведением и отношением ребенка, и наиболее драматичные страхи не всегда являются самыми явными. Не существует всеобщих знаков страха: очень часто это наш собственный страх перед определенным ребенком не всегда с явно искаженным поведением, заставляющий нас более подробно обследовать этого ребенка. Этот индуцированный страх, страх-эхо у другого представляется нам в конечном итоге самым важным знаком. По сути дела, страх крайне редко демонстрируется ребенком как таковой, и удивительно (хотя иногда и случается), когда ребенок с самого начала говорит нам: «Мне страшно, меня что-то беспокоит».

■ **Ментализированный и сознательный страх.** Если он ментализирован, то каковы его границы? Соответствуют они или нет границам «Я», или же страх локализуется во фрагменте «Я»? Сообщается ли этот фрагмент с другими секторами «Я» и другими инстанциями? Является ли этот страх чистым аффектом или он сопровождается репрезентациями? Какова связь этих репрезентаций с самим страхом? (Выражает ли он свое содержание, свою реальную причину или нет? Существует ли смещение? и пр.) Это то, что исследуется в детских фобиях. Можно, впрочем, пойти еще дальше и попытаться уточнить истоки и функцию данного страха. Некоторые страхи представляются нам истинными и определенными страхами «Я» (даже если первичные проявления удалены, роль *защиты* выходит на первый план). Другие страхи, намного более архаические, кажутся нам *страхами «Оно»*, уходящими куда более далеко и глубоко. Тогда страх проявляется лишь в виде репрезентации смешанных влечений. В заключение обратим внимание на то, что, как замечают Лебовичи и Брауншвейг ([113], с. 93), в некоторых случаях существует *свободный страх*, который не относится к объекту или имаго, является, безусловно, ментализированным, поскольку его ощущают, испытывают, который ни во что актуально не инвестирован, но который в один прекрасный день может быть инвестирован; это отсылает нас к тому, что мы будем говорить по поводу загрузки страхом. В этом случае последний в буквальном смысле ведет себя как свободная энергия.

■ Иногда *страх*, явно не интегрированный «Я», является *маломентализированным и бессознательным*, причем в большей степени, чем безобъектный страх, переживаемый как аффект. Бессознательный страх, страх без аффекта, непереживаемый ребенком как страх и замечаемый лишь наблюдателем. Этот флотирующий страх часто встречается в клинике при многих недифференцированных образованиях, но в качестве

квазифизиологического его можно отметить в определенные критические периоды развития нормального ребенка.

Значительно более тревожным симптомом нам представляется *скрытый, подавленный страх*, поражающий некоторых психотических, псевдодефектных или аутистических и гебефренических детей («успех» сокрытия в этом случае тотален), встречающийся и в случаях тяжелых задержек, умственной недостаточности, необъяснимой чудовищной глупости. Мы наблюдаем такую же скрытость, но на другом уровне в психосоматических структурах, но эта скрытость и подавленность страха никогда не является абсолютной, как это может быть при некоторых фиксированных структурах у взрослых; в защитных способностях или в работе отрицания всегда есть лтрорехи, и можно неожиданно обнаружить внезапные раптусы, острые проявления страха.

*Страх*, перейдя на уровень чисто свершенного акта без всякого чувства вины, может быть также *исключительно действенным*, находящимся далеко за пределами садо-мазохизма, ищущим базового возмездия, самого абсолютного наказания (что встречается в психопатических структурах и в случаях тяжелой и нестабильности с некорректируемым возбуждением). Определенные виды гиперактивного и псевдоэпифорического поведения явно напоминают сооружения маниакальной защиты, другие продолжают проективное и мегаломаническое поведение.

У детей всегда встречается соположение различных типов страха, и присутствие одного страха, даже очень архаического, еще ничего не означает (так же, как мы увидим, и фантазмы того же типа). Даже нормальные дети часто используют расщепление и проекцию. Столь же часто встречается депрессивный страх. Лишь полное исследование на уровне структуры может лучше, нежели линейное уравнение, уточнить значение того или иного типа страха. Доминирующий страх всегда существует, но лишь в виде серии последовательных «фиксаций» различных типов страха.

■ *Семейный страх и страх ребенка*. Страх ребенка не может быть описан как изолированный, чисто эндогенный страх. Он всегда включен в более широкий контекст, одним из его индуктивных и порождающих элементов является семейный страх. Этот семейный страх есть не простое соположение страхов каждого из членов семьи, но групповой страх, обладающий структурой. Могут быть обнаружены все типы возможных связей: предшествование материнского страха или страха ребенка, комплиментарный в структурном плане вариант страха, один из элементов группы, структурирующийся для защиты против другого (это случай многочисленных матерей психотических детей, психотизирующая личность которых является простой защитной структурой против страха

расчленения их детей). Многими клиницистами также отмечалось, что истерические защиты у детей респондируют обсессивной структуре матери, что хорошо иллюстрирует игру страха и борьбы со страхом. Когда описывается семейный страх, крайне сложно установить, на каком уровне он начинается. Лучше рассматривать диалектику игры, разворачивающейся в семье, с целью смягчения, успокоения, усмирения страха семейной группы.

### **Метапсихология страха**

Можно полагать, что последняя теория страха Фрейда (страх как сигнал опасности) может применяться лишь у достаточно взрослых детей, с момента Эдиповой или латентной фазы. На первых этапах развития, напротив, обнаруживается прямая связь между влечением и страхом (первая теория страха). Более того, некоторые клиницисты, такие, как Ф. Гринэйкр, полагают (вслед за самим Фрейдом), что существует известный параллелизм между ранним страхом и развитием нарциссизма. Существует нечто вроде нарциссической сверхзагрузки в связи с усилиями организма закрыть выход страху и помешать его внезапному проявлению ([87], с. 58).

### **ФАНТАЗМЫ И ФАНТАЗМ**

■ *Введение.* Часто по названием фантазма имеют в виду осознанные или полуосознанные «фантазии», более или менее ясно проявляющиеся в игре, рисунке, проективном тесте, грезах ребенка. Наблюдатель, считающий себя «искушенным», с явным удовольствием вуаериста обнаруживает скрытый смысл этих фантазий, используя «ключ», аналогичный ключу сновидений (например, отрезанная рука = кастрация). Предполагается наличие некоего очень линейного, шаг в шаг, параллелизма между фантазиями (собранием образов) и бессознательным (собранием смыслов). При этом забывается, что фантазм есть конструкция, и он обладает динамическими и защитными функциями.

Такой же параллелизм можно встретить в кляйновской концепции фантазма (Сегал [150], с. 6) как «психического выражения влечений». В данной концепции фантазмом является все что угодно, и ничто не есть фантазм (т.е. специфический процесс, отличный от страха, защиты и пр.), психическая реальность, по крайней мере на заре существования, есть лишь совокупность фантазмов (тогда как, напоминает Гловер, для того, чтобы существовал фантазм, необходимо, чтобы существовала дифференциация, по крайней мере частичная, Я и реальности).

Психосоматики Парижской школы, и в частности М. Фэн, весьма интересовались тем, что предшествует жизни на уровне фантазмов и репрезентаций.

Напомним лишь, что жизнь на уровне репрезентаций порождает некоторую связь между первичным нарциссизмом, системой противовоз-буждения и аутоэротизмом, с одной стороны, и, с другой стороны, различными способами загрузки ребенка матерью (согласно которым мать является успокаивающей, укачивающей или хорошо удовлетворяющей, см. с. 268 и с. 314).

Для нас фантазм представляет собой специфический процесс, действующий у ребенка, т.е. одновременно *функцию представления и защиты Я*, в которой сочетаются влечения, реальность, воспоминание и которая может быть в большей или меньшей степени проработана, интегрирована в Я.

■ *Большие фантазмы*. Мы просто перечислим их, поскольку их содержание, в сущности, весьма стереотипно и они относительно немногочисленны (то, что значит куда больше, чем содержание,— это уровень фантазма и его интегрированность). Обычно выделяются (Лебовичи):

— прегенитальные фантазмы пожирания, инкорпорации (груды, пениса оральным или анальным путем);  
— фантазмы, связанные с генитальной активностью (кастрации, соблазнения, беременности, первичной эдиповской сцены);

— смешанные фантазмы (фаллической матери, возвращения к материнской груди).

С точки зрения некоторых авторов (следующих Фрейд), все эти фантазмы проистекают из очень ограниченного числа базисных фантазмов, которые присутствуют у каждого и являются, по сути дела, структурами, возможно, наследственными, организующими фантазматическую жизнь каждого, и которые (как указывает их название, напоминают Лаплаш и Понталис [107]) касаются самого происхождения. Это фантазмы первичной сцены (происхождение субъекта), соблазнения (происхождение сексуальности), кастрации (происхождение различия полов).

■ *Уровень фантазма и способ его формирования*. Топологический уровень фантазма (сознательный или бессознательный) связан со способом его формирования. Фантазм желания осознаваем, защитный фантазм часто является двусмысленным компромиссом, который необходимо расшифровать. Вытесненный фантазм неосознаваем. Фантазмы желания (происходящие из Оно) встречаются у детей чаще, чем фантазмы защиты: бессознательное ребенка выражается значительно более открыто, чем замаскированное и переделанное цензурой бессознательное взрослого.

В чисто описательном плане мы вслед за Лебовичи и Дяткиным будем различать:

**Прямые фантазмы.** Либо это *сознательные*, мало проработанные *фантазмы*, выражающиеся в игре, рисунке, болтовне ребенка, его поведении. Эти фантазмы, если их проанализировать, на самом деле значительно сложнее, чем это предполагается. Прежде всего они всегда в той или иной степени поддерживаются бессознательным фантазмом, проявляющимся в них косвенным образом (всегда существует переработка). Далее, ребенок не всегда полностью заблуждается: он включен в игру, но не верит в нее до конца. Он понимает, что действует в области «как бы» (и способен это объяснить). На этом уровне фантазм представляет собой способ топической регрессии куда более парциальный, чем сновидение, но обладающий функциональным значением выражения желания, нар-циссической регрессии, согласованной с цензурой. С самого начала это компромисс.

Либо это настоящие *фантазмы желания*, где присутствует утрата границ сознательного—бессознательного, Оно—Я—реальности, реального—воображаемого у психотического или препсихотического ребенка. Но не следует слишком преувеличивать диагностическое значение «сырых» фантазмов желания. В частности, некоторые ситуации, такие, как проективные тесты, продуцируют их у квазинормальных детей, непосредственно их демонстрирующих, но могущих либо забывать их, либо вторично их интегрировать.

**Компромиссные фантазмы.** Это те фантазмы, в которых лучше всего проявляется согласованность между инстанциями (Л—реальность—Сверх-Я). Их можно рассматривать как одновременно «репрезентативный» аспект страха Я и как способ защиты от страха. Это наиболее проработанные и сложные фантазмы, которые мы обсудим в рамках невротических типов организации.

**Бессознательные фантазмы.** Они могут быть исходно (базовые фантазмы) или же вторично бессознательными. Последние представляют собой вытесненные воспоминания или грезы (Фрейд).

Поскольку вытеснение в собственном смысле слова возникает сравнительно поздно, а цензура у ребенка не слишком сурова, то их клиническое значение относительно невелико.

■ **Место фантазмов в психической жизни ребенка.** Мы попытаемся уточнить статус фантазма, обсудив сначала его связи с другими структурами, затем его структуру и, наконец, его функцию.

**Фантазм и воспоминание.** Чистого воспоминания не существует, и любое воспоминание представляет собой синтез мнестического следа и фантазма (Лебовичи, с. 143). Здесь уместно напомнить механизм «обратного действия» в генезе травматизации или детских воспоминаний (см. выше то, что мы говорили по поводу «человека с волками»). С помощью

фантазма реализуется нечто вроде столкновения прошлого (воспоминание, удовлетворение или фрустрация), настоящего (желание) и будущего (воображаемая ситуация), т.е. нечто вроде согласования времен (и линейного психогенеза!). Можно обнаружить такую же сложную связь фантазма и времени в понятии *покровного воспоминания*\*: это воспоминание, являющееся защитным, скрывает нечто, относящееся к порядку желания, фантазма, вытесненного воспоминания, одновременно представляя собой поверхность, экран, на который проецируется, будучи даже замаскированным, бессознательный фантазм. Таким образом фантазм выполняет работу «сгущения», маскировки, разоблачения воспоминания (как желания).

**Фантазм и действие.** Фантазм можно рассматривать как способ деятельности, занимающей Место действия для выражения вытесненной репрезентации (и находящемся на полпути между воспоминанием репрезентации и действием). По сути дела, фантазм у ребенка, как правило, выражается через действие (часто очень ясным образом) и через подавление действия, моторики ((например, у некоторых обсессивных детей, моторика которых загружена агрессивным либидо и фантазмами анального всемогущества). У других детей постоянно существует крайняя пластичность и возможность выражения себя то через фантазм, то через действие.

**Фантазм и нарциссизм.** По Фрейд, фантазматическая защита родителей от новорожденного, (бессильного и беспомощного, приписывает ему всемогущество «его величества младенца» [67]. Этот фантазм формирует одновременно и наилучший «образ», и источник первичного нарциссизма ребенка (проецированный, инъецированный нарциссизм). Со стороны родителей можно также встретить мифологические, реконструированные воспоминания.

Напомним другие двусмысленные и противоречивые связи между фантазмом и нарциссизмом:

- с одной стороны, богатство и многочисленность фантазмов, выражающих нарциссизм (золотой век, славная команда, потрясающая и вечная пара);
- с другой стороны, угасание фантазмов на уровне материального тела (но не своего нарциссического образа): сон без сновидений, психосоматическое возбуждение.

#### ■ *Клиника фантазма*

1) В детском **психозе** отмечается отсутствие реальной размерности фантазматического сознательного, т.е. воспринимаемого и переживаемого-

<sup>1</sup> В оригинале: «souvenir ёсгат» (*фр.*) — часто переводится как воспоминание-экран {прим. пер.}.

го, относящего к воображаемому, отличному от реального. Именно в этой области оправдываются кляйновские положения о фантазме, обсуждавшиеся выше. Существует нечто вроде символического равенства между внешней реальностью и фантазмом, т.е. недифференцированность. Более того, эта реальность отрицается и отвергается. В клиническом плане отметим, что психотический ребенок «охотнее говорит о фантазмах, инъецированных в его самость и его тело родителями».

2) В **предпсихозе** самые разнообразные и богатые фантазмы проявляются в любой ситуации. Существует неудача одновременно и процессов защиты и процессов интеграции фантазмов. Это еще более очевидно, когда обследуемые дети находятся в латентной фазе (Дяткин [68]).

3) В **депрессивных** организациях (в той мере, в какой они существуют автономно) с психотической стороны обнаруживаются фантазмы взаимной инкорпорации (архаической матери и матерью), а со стороны невротической — фантазм «мертвого ребенка», недавно постулированный Розальто.

4) В рамках **психосоматической** структуры фантазм у детей отсутствует куда в меньшей степени, чем у взрослых, но он включается лишь в той мере, в какой реально смешанная структура содержит истерическую составляющую.

5) При **психопатии** в характерологических поведенческих структурах проявляется смешение фантазма и действия, последнее занимает место первого, но вне психической области.

6) Компромиссные фантазмы проявляются лишь при детских **неврозах**. Эти фантазмы существуют также в опыте любого «нормального» ребенка, проживающего свой квазифизиологический «детский невроз» (см. далее).

■ **Заключение: структура и функция фантазма.** Она всегда представляется биполярной (Оно <-> реальность, первичный процесс <-> вторичный процесс). Фантазм является одновременно и выражением и защитой, через него раскрывается важнейшая размерность детской психики: функция воображения, фундаментальную роль которой в построении Я ребенка (самоидентификация<sup>1</sup>) хорошо показал Вильдлёршер.

Это оригинальный способ обхода, торможения, связывания элементарных влечений, всегда сцепленных с *желанием* (а не с элементарной физиологической нуждой), что говорит о том, что оно может появиться в уже дифференцированной психике. Оно соединяет инстанции или области, которые вне него разобщены, исключены одна из другой (реальность, воображаемое). Это также очень специфичный способ отношения к дру-

<sup>1</sup> В оригинале: «identification moi'que» (фр.) — можно перевести как «яйная идентификация» (прим. пер.)



гому, к объекту: по сути этот объект (влечения), этот *другой* всегда представлен в фантазме (будучи даже замаскированным). Вот почему многие авторы полагают, что фантазм — это всегда сцена с двумя или многими персонажами (концепция, к которой мы охотно присоединяемся).

### ФИКСАЦИЯ, РЕГРЕСС И ТРАВМАТИЗАЦИЯ

В клинике для квалификации определенных симптомов или даже определенных типов организации часто прибегают к понятию «регресса», не слишком глубоко погружаясь в анализ и не отвечая на следующий вопрос: «Кто или что регрессирует? и в направлении чего?»

**Временная регрессия.** Обычно под регрессией понимается возвращение на предшествовавшую стадию развития, стадию, которая предполагалась пройденной. Но развитие ребенка не происходит последовательно, по строгому календарю, в котором каждая стадия аннулирует предшествующую: в действительности в данный момент и у одного и того же ребенка встречается *сосуществование* различных способов деятельности и различных типов объектных отношений. Когда способ функционирования, считающийся архаическим, сохраняет слишком важное место в либидинальной экономике, предполагается существование *точки фиксации*, определяемой одновременно через отсылку к психосексуальной фазе (оральная, анальная и пр. фиксация) и через количество энергии, инвестированной в какую-либо зону и телесную функцию (или ее заменитель). С термином «фиксация» не следует связывать наивные генетические коннотации, следует придерживаться определения Фрейда: «Когда связь между влечением и объектом особенно тесна, мы говорим о фиксации... Она ограничивает модальность влечения, напряженно противодействуя его освобождению» {«Влечения и их судьба» [68]}. Подобная фиксация возникает не только из-за фрустрации и не обязательно означает нехватку: чрезмерное удовлетворение парциального влечения может создать фиксацию на перевозбужденной зоне, а дозированная фрустрация, напротив, может оказаться благоприятствующей прогрессу, трансформации влечения (некоторые виды педагогики и психотерапевтической техники, претендующие на успокоение и нефрустрированность, слишком часто об этом забывают). Фиксация определяется прежде всего *экономическим способом*, а не временным, поскольку она может сформироваться намного позже соответствующей фазы (и отсылка к этой фазе часто не более чем удобная метафора). Это приводит нас к выделению многих других типов регрессии.

**Топическая регрессия:** в фрейдовском смысле инвертированного пути, прodelываемого возбуждением, естественно, в сновидение, а также в игру и фантазм.

**Структурная регрессия** (регрессия формы): появление менее дифференцированных структур, способов функционирования, например переход от вторичных процессов к первичным, выбор более архаического способа защиты.

**Дементализация**, служащая другим способом структурной и топической регрессии: выход на поверхность влечения и сопровождающей его энергии вместо следования по нормальному пути, выводящему его в ментальную сферу (чтобы быть репрезентированным, связанным и усвоенным на этом уровне), *замыкается накоротко* и выражается лишь на уровне тела и действия.

Два последних типа регрессии, которые мы только что рассмотрели, могут оказаться у детей очень короткими, квазифизиологическими, а могут, напротив, установиться как способ устойчивого функционирования, тогда они превращаются в психосоматическую или психопатическую структуру.

■ **Регрессия и травматизация.** Теоретическое изучение феномена регрессии приводит к вопросу о реальной роли травматизации, столь часто вспоминаемой семейным окружением. Это воспоминание чаще всего ретроспективно и представляет собой реконструкцию или защитную интеллектуализацию (иногда вспоминаемая травматизация представляется минимальной или несуществующей, если не смехотворной: страх животного, посторонний в семье, падение и пр.). Изучение по устным преданиям травматических тем данной семьи может помочь нам понять их структуру, способ усмирения страха, защитные фантазмы, идеалы, загрузки (некоторые приводят лишь к психологической травматизации, некоторые — к топографически значимым телесным поражениям).

Попытаемся определить, что во временном и экономическом плане реально является травматизацией, и установить отношение, связывающее ее с фантазмом желания и воспоминанием: Фрейд уже показал, что соблазнение ребенка взрослым весьма редко относится к порядку «события» и что даже в этом случае травматическое и патогенное значение этого соблазнения не вытекает из него самого и может проявиться лишь задним числом ([113], с. 98). Травматизация определяется, по сути дела, как опыт «отсутствия опоры в элементах Я перед лицом накопления возбуждения, будь то внешнего или внутреннего происхождения, возбуждения, которым Я не может овладеть». Это чисто экономическое определение, поскольку травма представляет собой разрыв между квантумом возбуждения, получаемым Я, и квантумом, который оно может усвоить, связать, овладеть в данный момент. Эта *избыточная энергия* может иметь как внутреннее происхождение (реактивация влечения либо даже чисто биологическое происхождение при пубертате, внезапное или постепен-

ное формирование, без прямой связи с событием, фантазмом первичной сцены), так и внешнее (болезненные или, напротив, крайне эрогенные события). Событие не имеет значения и направленности кроме как в связи с влечением и квантумом аффекта, который оно пробуждает, вызывает, в ином случае оно ничтожно и недействительно.

Эта ситуация экономического неравновесия может установиться прогрессивным образом через кумулятивную травматизацию либо даже *задним числом*; т.е. пережитая, виденная или воображаемая сцена становится травмирующей, будучи воспринятой позднее, на другой стадии психосексуального развития, вследствие фантазма или сновидения, или какого-либо нового события, кажущегося банальным, но некоторым образом ассоциированного с этой сценой: коитус в позе прачки, увиденный человеком с волками в возрасте 18 месяцев, становится травматичным после того, как его воскрешает куда более позднее соблазнение, реализованное Ф. Это буквально образом *ретроспективная травма* (Санд-лер), показывающая нам, что психопатология, как и бессознательное, в каком-то смысле игнорирует время.

■ **Клиника фиксации-регрессии.** Регрессия куда более легко обнаруживается у детей, чем у взрослых (у которых включаются множественные защитные видоизменения). В чисто клиническом плане можно различать:

**Глобальные фиксации-регрессии:** личность ребенка значительно менее дифференцирована, и ее способ функционирования остается очень архаичным (см. детский аутизм). Массивная травматизация (или прогрессирующий психотический процесс) может привести ребенка к неразличимости Я-мира, утрате языка, нарушениям интеллекта и праксиса (но нельзя допускать, что подобный регресс возможен без предшествующей нарциссической недостаточности, без фиксации на необъектной стадии).

Фиксированные и эволютивные **дисгармонии** развития.

— *Фиксированные дисгармонии:* известно, что фиксация влечения на садомазохизме обсессивного пациента сопровождается гипертрофированным развитием Сверх-Я и Я. Психопатические и некоторые психосоматические организации определяются прежде всего как фиксации, раннее «диссозревание» (разрыв между видимым социальным и интеллектуальным развитием и нарциссическим дефектом). Далее мы увидим, что некоторые фиксированные регрессии детского возраста можно рассматривать как анаклитические организации, гомологичные пограничным расстройствам взрослых.

— *Эволютивные дисгармонии:* можно, как это делал Фрейд, различать регрессии, манифестирующие на уровне Я и Сверх-Я (вторичная, вследствие травматизации патологическая импульсивность, затрагивающая возможности контроля и цензуры Я), и регрессии, манифестирующие в сфере

*проявлений Оно*. Они могут повлечь за собой параллельную регрессию Я (в этом случае они *эгосинтонны*: подобная регрессия влечения реально становится глобальной и определяет пограничные состояния). Если регрессии Я и Сверх-Я не существует, мы оказываемся в области невротического конфликта и нарушений характера (также см.: Мизес и Баранд [128]).

Нам представляется затруднительным допустить тотальность подобной схемы как в клиническом, так и метапсихологическом плане (в частности, по поводу пограничных состояний). Лучше, как нам кажется, воздержаться от того, чтобы слишком настаивать на временном и генетическом характере различия регрессии влечения, регрессии Я, объектной регрессии (которое молчаливо проводил Фрейд и которое реализуется, в частности, у истерика, возвращающегося к своим первичным инцесту-альным объектам, не регрессируя на предшествующую стадию организации Я и влечений). Но эти три типа регрессии редко являются независимыми, и существует *вовлечение*, более или менее краткосрочное, одной области в другую (в особенности на уровне Я, которое не может не быть модифицированным изменением объекта или разделением влечений, того Я, автономия которого не завершена у ребенка). Наиболее демонстративный пример этого дает обсессивный невроз у ребенка, в котором регрессия (или фиксация) садистическо-анального влечения, будучи даже первичной, на деле всегда сопровождается регрессией на уровне функционирования Я.

#### ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ТРЕХ

#### МЕТАПСИХОЛОГИЧЕСКИХ ОСЕЙ

#### И КЛИНИКА ДЕТСКОГО ВОЗРАСТА

Несмотря на частые ссылки на клиническую феноменологию и генетику, детская клиника не может позволить себе «необходимого обращения к метапсихологии» (Лебовичи и Суле [114]), рассматриваемой как корпус теоретических гипотез, обеспечивающих связанность.

По поводу самой теоретической концепции мы отсылаем к статье Бу-ланже в данном «*Кратком курсе*». Что же касается нас, то мы лишь попытаемся подчеркнуть моменты этой теории, наиболее важные для детской клиники.

#### **Топологическая точка зрения**

■ **Обращение к первой топике** ставит больше проблем, чем можно было предположить с первого взгляда. Слишком уж часто она полагается самоочевидной.

**Бессознательное** «говорит» у ребенка значительно более свободно, и куда более свободно предполагается, что оно «говорит». Взрослый хотя бы мечтает уничтожить существование этого возмутительного бессознательного с того момента, как проецирует его и ограничивает у такого «отличного» от него существа, как ребенок.

Но какова структура этого бессознательного? В отличие от того, что по этому поводу думают некоторые современные авторы, оно не структурировано как язык, за исключением, быть может, психотического ребенка: следовало бы, впрочем, инвертировать предположение, сказав, что у этого ребенка язык, инфильтрированный первичным процессом, функционирует как бессознательное. Известно, что для Фрейда бессознательное — это место *репрезентации вещей*. Можно отметить его прогрессивное формирование у ребенка: *вторичное вытеснение* является развитым и поздним процессом. Зато детская клиника позволяет придать смысл гипотезе *первичного вытеснения*, необходимого для конституирования бессознательного (в котором оно играет роль полюса притяжения). По М. Фэйну, мать играет существенную роль в первичном вытеснении и его неудачах (см. далее: *психосоматическая организация*), как, впрочем, в дифференциации и сепарации инстанций. Естественно, эта сепарация у ребенка менее абсолютна, чем у взрослого, что позволяет легко обнаружить, в какой степени бессознательное ребенка игнорирует противоречия, время, отрицание и действует по принципу удовольствия: это наблюдается в детских играх, фантазиях и фантазмах. **Предсознательное**, место репрезентации слов, формируется и организуется у ребенка относительно поздно, параллельно языку.

■ *Вторая топика* (Оно, Я, Сверх-Я) создает систему постоянных отсылок. В процессе онтогенеза происходит прогрессивная дифференциация различных инстанций: можно буквально наблюдать топологию по мере ее формирования (вместо того, чтобы обнаруживать ее у взрослого, возвращаясь к прошлому в процессе *анализа*). Но эта весьма дифференцированная топика формирует лишь «пограничную» структуру (в математическом смысле: кривая развития асимптотична ей, поскольку они сливаются лишь в гипотетической бесконечности «нормального» взрослого). Поэтому большое значение в детской клинике придается архаическим прединстанциям и недифференцированной топологии (отсутствие границ Я, неразличимость Оно-реальности в психозах). **Характеристики инфантильного «Оно».**

— *Сырое выражение влечений* в определенных играх, грезах. «Прямо выраженное» Оно.

— Частота *парциальных влечений* вне всяких перверсных структур.

— Значение *смещения и разделения* влечения.

Мы сталкиваемся с тройным событием: сначала *расщепление* между либидо и деструдо и запуск очень архаических защит (проективная идентификация), затем *смешение* и *связь*, допускающие вытеснение (см. Мал-ле), и, наконец, прохождение через *амбивалентность* по отношению к объекту эдиповской любви, допускающую нежную привязанность.

**Основные аспекты инфантильного Я** (сопутствующие, по Лике).

— *Организатор*: Я есть защитная и адаптивная система, прогрессивно интегрирующая реальность, согласующая влечения и образующая место локализации психического конфликта. То есть это сложная, частично бессознательная система, внутри которой Хартманн и Крис описали множественные интрасистемные вариации.

— *Нарциссический либидинальный аспект*: пред-Я первичного нарциссизма, совершенно так же как дифференцированное Я, для гармоничного функционирования должно быть загружено нарциссическим либидо.

— *Объектный либидинальный аспект*: объекты влечения должны быть сначала загружены, затем прогрессивно интегрированы в Я через серию идентификаций и интроекций. Именно в связи с этим двойным либидинальным аспектом Фрейд дает очень красивое определение Я как «любовные воспоминания Оно». По Вильдлэшеру, функция Я — это поддержка реальности и «постоянства чувства всемогущества» (даже если для удовлетворения желания используется отход от реальности). Таким образом, Я позволяет конституировать *мир возможного* (аналог промежуточного пространства, описанного Винникотом).

**Инфантильное Сверх-Я** имеет две формы:

— *Раннее псевдо-Сверх-Я* не является настоящей интернализованной (ввиду стабильной и вторичной идентификации признанным и сексуализированным отцом) инстанцией, а является *проекцией агрессивных влечений* (реинъецированных на втором этапе). Это кляйновское Сверх-Я не более чем имаго, «функциональный» персонаж. Клиническое значение подобного механизма часто приводит нас к его определению как «3-й топики» (Идеал-Себя, см. далее).

— *Позднее постэдиповское Сверх-Я*, являющееся не только запрещающей, но и награждающей инстанцией. По сути дела, знаком успешной эдиповской эволюции выступает ощущение ребенка возможности быть *любимым своим Сверх-Я*, дающее ему настоящее «нарциссическое вознаграждение», когда он его заслуживает.

■ **Претопика: Самонарциссизм, Идеал-Я**. Использование в детской клинике термина Сверх-Я, даже квалифицированного в качестве раннего, чаще всего является злоупотреблением. То, что имеется в виду и что может быть определено по его последствиям,— это Идеал-Я, агент и другой полюс предобъектного нарциссизма: «Если ты хочешь, чтобы я тебя лю-

бил, будь как я, идеальный и всемогущий родитель». Речь идет о предин-станции, имеющей скорее материнское, нежели отцовское происхождение (в противоположность тому, что говорит Фрейд в «Коллективной психологии и анализе Я» [73, с. 1571]). Как определить этот Идеал-Я? Как *идеал всемогущества*, в равной степени активного и пассивного (Брауншвейг и Лебовичи [34, с. 801]). *Активное* всемогущество есть защита против «свободной дезорганизующей агрессивности». Для данных авторов — это «не инстанция, а экономическая величина в ее первичной функции связи со стороны свободной деструктурирующей энергии Оно» (что является чисто экономическим определением процесса первичной связи, протипоставленной фрагментации Себя). Имеется в виду *первичная идентификация*, очень архаическая инкорпорация. Эта теория позволяет одновременно учесть некоторые типы клинической организации, такие, как детские психопатии, и связать Идеал-Я, нарциссизм и влечение (в противоположность мнению Грюнберга, для которого между развитием влечений и нарциссическим развитием существует расщепление).

Другим полюсом Идеала-Я будет, таким образом, не Я, а Самость или Self, термин одновременно и очень модный, и очень трудный для определения (он употребляется как Хартманом, так и Е. Якобсоном и Винникотом).

Его исследование восходит к изучению первичных идентификаций (см. выше) и нарциссизма. Его можно определить вместе с Хартманом как то, что «загружено либидо, не загружающим объекты» (self cathexis), подразумевая, что речь идет об инстанции (?), отличной от Я, одновременно и предшествующей ему, и занимающей иные границы.

Современные клинические исследования, проведенные на взрослых, позволяют выделить два характерных типа структуры Идеала-Я и нарциссизма. По Кохуту [102], это может быть идея внешнего всемогущественного объекта, приводящая либо к *идеализирующему переносу* на этот объект, либо к созданию *грандиозного* и мегаломанического Я-сам, которое проецируется на окружение (зеркальный перенос).

Представляется, что подобная схема может применяться у ребенка как в аспекте его развития, так и на уровне патологии. Хотя и не следует полагать, что Идеал-Я представляет собой лишь архаическую и регрессивную инстанцию. Ж. Коснье [42] от *мегаломанического, архаического и регрессивного Идеала-Я* отличает *зрелый Идеал-Я*, способствующий прогрессу ребенка. Можно также различать Идеал-Я, проецированный на ребенка его родителями (часто совершенно нереальный и противоречащий собственному и автономному развитию ребенка Идеал-Я), и «Идеал-Я» ребенка, проецированный на родителей (нормальный процесс, угасающий, когда реальные и сексуализированные родители признаются как таковые на Эдиповой фазе).

**Динамическая точка зрения**

По мнению Люке, эта точка зрения могла бы свестись к порождению Я и его загрузок ([132], с. 243), но порождению, представленному *в аспекте конфликта*. Таким образом, она сразу же отсылает нас к *топической* (какие инстанции вступают в конфликт?) и *экономической* (какова интенсивность и распределение участвующих сил?) точкам зрения, размечающим развитие нормального ребенка или способ формирования определенных патологических организаций.

**Какие конфликты встречаются у ребенка?** Поскольку инстанции часто еще малодифференцированы (или интернализированы), одна из них является в каком-то смысле *родительской инстанцией*: родительское Сверх-Я или Сверх-Я воспитателей, нарциссический и мегаломани-ческий материнский Идеал-Я. В чисто клиническом плане можно принять различие А. Фрейд:

— *внешних конфликтов* между инстанциями Оно и Я, противопоставленными миру объектов и родителям, конфликтов, порождающих *страх, направленный вовне*;

— *интериоризованных конфликтов* между системой «Я, Сверх-Я» и «Оно», проявляющихся через чувство вины;

— *внутренних конфликтов* (т.е. интрапсихических) или же интраси-стемных конфликтов (внутри одной инстанции). Они могут локализоваться среди репрезентаций недостаточно слитных или несовместимых влечений или идентификационных образов (неразрешенная амбивалентность, конфликт активности—пассивности, мужественности—женственности). Поскольку «Я» недостаточно зрело, эти репрезентации влечений сосуществуют, но становятся источником конфликтов, как только функция синтеза «Я» прибегает к тем из них, что сопровождаются *аутентичной тревогой* ([59], с. 106).

Можно также различать три уровня конфликтов:

— *конфликты инстанций*: Я — Сверх-Я, Оно — Я и пр.;

— *конфликты влечений*: конфликты между сексуальными влечениями и влечением к самосохранению (в первой топике), либидинальными и агрессивными влечениями (во второй топике). Сексуальность всегда остается одним из подразумеваемых полюсов;

— и, наконец, мы приходим к дуализму и последовательному видению диалектики психической жизни ребенка: в последней постоянно встречаются влечения к жизни и влечения к смерти, Эрос и Танатос, связь и разрыв. Подобная драматическая точка зрения разделяется, как мы это увидим, далеко не всеми.

**Существует ли у ребенка сфера Я, свободная от конфликта?** По Хартману, подобная сфера с самого начала инвестирует нейтральную



энергию, она обеспечивает когнитивную и практическую деятельность. Подобная концепция допускается с трудом как по генетическим, так и по клиническим причинам: слишком значительная часть в этом случае отводится навыкам, и теория влечений утрачивает свой общий характер. Если же отказаться от понятия нейтральной энергии, то в нормальном развитии следует допустить идею *нейтрализации* и *прогрессивной деконфликтуализации-защиты*: эта деконфликтуализация и сублимация влечений делают возможным развитие когнитивной сферы и школьного обучения без особого торможения (но эта деконфликтуализация может быть обратимой, если существует точка фиксации, Лебовичи и Брауншвейг [34], [113]). Именно в этом состоит развитие нормального или невротического ребенка.

В других случаях конфликт нивелируется и делается для Я недействительным ценой погружения в тело (психосоматика) или через отреагирование (психопатия).

Наконец, в качестве крайнего варианта подавления конфликта можно указать на детский аутизм, в котором влечения, я-сам и мир смешиваются в единой закрытой и автаркической инстанции.

**Как конфликт проявляется у ребенка?** У ребенка довольно редко встречаются симптомы, гомологичные симптомам у взрослых (такие, как импульсивные фобии, слабость и пр.). «Индикаторами конфликта» могут быть нестойкие, незначительные или даже посторонние, по мнению родителей, феномены: банальная заторможенность, остановки во время игры или изложения фантазий, шок перед некоторыми таблицами теста Роршаха или теста «Чернильные пятна» и пр.

#### **Экономическая точка зрения**

Известно, что «загрузкой» называется акт, с помощью которого определенное количество энергии влечения оказывается связанным с определенной зоной психического, тела или внешнего окружения. Детские психиатры-клиницисты охотно описывают в терминах *загрузки* большое число процессов, в которые вмещается квантифицируемая и локализуемая энергетическая работа.

■ **Значение количественной точки зрения.** Энергия загрузки квалифицируема и измерима (но каким аршином?). Прежде всего следует помнить, что она *количественно ограничена*, о чем напоминает Паш ([136], с. 244) и что объясняет обеднение одного сектора за счет сверхзагрузки другого (это придает загрузке смысл в аспекте клинических следствий, а не оставляет ее в виде простого теоретического концепта). Таким образом, можно определить некоторый вид навыка ребенка через квантум энергии, которой он располагает (энергии, варьирующей у каждого ре-

бенка в зависимости от его влечения и вклада энергии загрузки, которую он мог получить от своих родителей), и распределение этого квантума.

■ **Работа загрузки.** Это *окупация* (инвестиция в) и *толчок* (влечение есть сила, которая толкает, оживляет). Загруженная зона интегрируется в психику и в свою очередь приобретает определенную энергию, позволяющую ей функционировать и расширяться. Эта постоянная проработка дает возможность прогрессивно дифференцировать различные зоны психики и их связи.

**Клиника** демонстрирует нам примеры неудач и нарушений этой работы в глобальном плане (мы вернемся к этому, обсуждая отдельные области). Здесь мы говорим лишь о случаях, когда инвестированной энергией является деструдо (или агрессивность): дети-аутисты; младенцы с полным распадом психической деятельности, описанные Р. Шпицем; некоторые случаи яростных самоповреждений.

■ **Области загрузки.** Можно разделить все зоны загрузки на две принципиальные области: *нарциссическую* и *объектную*, между которыми существуют постоянные взаимопереходы.

Вот основные сферы, которые могут быть загружены как нарциссическим, так и объектным способом:

— статический *образ тела*, различные первичные *эрогенные зоны*;

— *моторика*, часто сверхинвестированная у ребенка;

— органы чувств и их разнообразные, в большей или меньшей степени базовые области, некоторые функции (такие, как дыхание, см.: Гри-нэйкр [87]), связанные обычно с инкорпорацией.

Можно вспомнить также весьма примитивный характер глобальной загрузки зон, формирующихся вокруг носа, рта, легких, который вызывает у некоторых детей-аутистов желание обнюхивать либо поедать в отношении объектов небольшого размера или тела другого. Можно вспомнить также сверхзйгрузку функции *выделения* в анальных структурах. Каждая из этих областей загрузки может находиться в специфических отношениях с другими. Можно вместе с Фэйном вспомнить, в какой степени *зрение* позволяет удерживать объект на дистанции, затормозить моторику, в противоположность *слуху*, являющемуся соучастником (ритма другого и первичной сцены, которая слышима ребенком в реальности или в фантазии куда чаще, нежели видима). Способ, которым модулируется загрузка на уровне тела, может в пределе приводить к определенной типологии: так, можно противопоставить деятельных и наблюдающих детей, тех, кто нуждается в ласках, и тех, кто их избегает, и пр.

Различные *зоны психического*, различные *инструментальные функции* могут быть неравномерно загружены: напомним здесь клиническую

реальность, к которой мы обращались при изучении различных структур и организаций. По сути дела, эти организации определяются специфическим способом загрузки «Я», защитных систем, некоторых инструментов, таких, как язык, интеллект, мышление и пр.; загрузки, которая может быть перегружена сексуальной энергией, вызывающей подавляющую деятельность Сверх-Я. Таким образом, чтобы автономно и продуктивно функционировать, когнитивные процессы должны быть десексуализированы. Наконец, напомним, что вся защитная система заместительных образований может быть выражена в терминах *противозагрузки*, т.е. в терминах загрузки, смещенной на другую сознательную репрезентацию, чтобы помешать, не допустить возвращения вытесненного, что означает постоянный и непрекращающийся расход энергии, обедняющий возможности свободной загрузки «Я».

И последняя большая область загрузки — это объект, прогрессивное формирование которого она обеспечивает. По сути дела, порождение объектного отношения есть прежде всего экономический феномен: объект *загружается до того, как быть воспринятым*. Два типа объектов также могут быть описаны в экономических терминах: при *прикреплении* существует последовательное перемещение и фиксация загрузки от одной зоны к другой, от одной функции к другой; при *нарциссическом выборе объекта* существует повторение и бесконечное удвоение одновременно способа загрузки и объекта (выбираемого всегда как образ «Себя»).

■ *Заключение*: два принципа психического функционирования являются у детей еще более очевидными, чем у взрослых, и симультанно действующими. *Принцип удовольствия* куда более явным образом сосуществует с *принципом реальности* (постоянно в игре, фантазмах и пр., обратимости мира, как в иллюзии, описанной Винникомом). Подобным же образом постоянно смешиваются вторичные (с их тождеством мышлению) и первичные процессы (с их тождеством восприятию).

Выразительно проиллюстрированной оказывается последняя теория влечений Фрейда (мы это увидим далее, при обсуждении психосоматических нарушений).

Даже в случае грубейших расстройств, когда, как кажется, действует лишь Танатос, можно угадать присутствие Эроса (как в оргазме голода, описанном Э. И Ж. Кестенберг при нервной анорексии).

#### НАРЦИССИЗМ И ОБРАЗ ТЕЛА

Клиническое и теоретическое значение *нарциссического* и *фаллического* Идеала-Я приводит нас к следующему вопросу: может ли нарцис-

сизм быть у ребенка автономной инстанцией? Под нарциссизмом понимают одновременно *энергию* (нарциссическое либидо противопоставляется объектному), *сектор* загрузки (Я или Я-сам, противопоставленное объекту), *способ функционирования* (нарциссический выбор объекта у женщины противопоставляется выбору объекта через «прикрепление» у мужчины) или *дисфункции* (нарциссические неврозы, т.е. ипохондрия и шизофрения, противопоставленные объектным неврозам).

■ **Онтогенез нарциссизма.**

**До рождения** существуют ли *врожденный* нарциссизм и инстанция, которая бы вмешивалась в психическую жизнь и психику младенца? Можно допустить существование массивной аутозагрузки нарциссической энергии, позволяющей поддерживать жизнь младенца и формировать результирующую недифференцированную инстанцию, которую мы могли бы назвать *Самостью*, или, как минимум, предположить существование некоего первоначального *капитала* (который можно представить себе как аналог гамма-глобулинов и антител, пассивно получаемых ребенком от матери во внутриутробной жизни). С другой стороны, существует ли столь бесконфликтный и гибкий нарциссизм плода, каким его постулирует Грюнбергер? Это куда более сомнительно. Если даже допускается (и чему все более и более противоречат экспериментальные данные), что жизнь плода абсолютно защищена и не подвергается никакому напряжению или стимуляции, рождение формирует непосредственное и brutальное напряжение, и предполагать, что ребенок может воссоздавать такое состояние или галлюцинировать о возвращении к нему, маловероятно.

— *Я-создатель* органического единства — понятие, описанное Тас-ком, кажется, напротив, способным формировать фундамент *идентификации в себе-самом*. Эта первичная идентификация не имеет психологического значения: тело не воспринимается ни как присутствие, ни как единство, средоточие ощущений немо, не загружено (в связи с противовозбуждающим щитом и демиелинизированной определенными нервов).

— *Я-субъект* присутствует с момента рождения (самого непереходного глагола «я живу»), будучи загруженным нейтральным образом.

**После рождения:** *процесс* формирования нарциссизма. Начальный капитал нарциссизма, если и существует, то быстро исчерпывается, и постепенно (благодаря одновременно и эндогенному, и экзогенному процессам) формируется возможный первичный нарциссизм. Представляется, что это происходит тремя способами.

— Открытие частей тела, воспринимаемых вначале как чуждые («проекция», постулированная Таском), затем загруженных и объединенных в Я-сам с помощью новых идентификаций.

— Интеграция и связь разрозненных дезорганизирующих возбуждений (Д. Брауншвейг [34]).

— Слияние парциального аутоэротизма, связанного с парциальными эrogenными зонами, и парциальных предобъектов (Фрейд, с. 94).

Недавние исследования Фэйна несколько усложнили эту схему, одновременно продемонстрировав:

— обязательное *балансирование* между *нарциссизмом* и *аутоэротизмом* (описываемыми ранее как противоположные способы функционирования);

— необходимое включение в действие *противовозбуждающего щита*, в котором одновременно проявляется «первая цензура» матери (когда она покидает ребенка, чтобы вновь стать супругой: цензура любовницы) и *инстинкт смерти*, который, омертвляя границы телесного Я (в смысле Федерна), создает необходимую скорлупу. Напомним, что нарциссическая энергия, загружающая тело ребенка, имеет двойное происхождение: естественно *эндогенное*, а также и как *энергия, привнесенная в достаточном или недостаточном количестве матерью* в первые моменты ухода за кожей, укачивания и кормления (Шпиц [155]).

Можно предполагать, что здесь присутствуют два элемента: энергия либидинального порядка, происходящая из многих источников, и процесс ограничения. С этого момента нарциссизм связан с фаллосом в той мере, в какой ребенок является фаллосом матери. Это ставит проблему смысла и значения первичного нарциссизма. Идет ли в этом случае речь о реальной или гипотетической инстанции? Является ли она постоянной или же угасает после формирования вторичного нарциссизма? Представляется, что на самом деле первичный нарциссизм не предшествует вторичному нарциссизму и, как и он, является либидинальной сущностью, что создает в нем нерасторжимую связь между биологическим и психологическим, между я-сам и другим. В клиническом плане это проявляется в его неудачах и искажениях, которые мы изучим в рамках психопатической и психосоматической организации.

**Объект, разочарование.** Возвращение направленности загрузок (после отказа от объектов) на Я и тело определяет *вторичный нарциссизм* (Фрейд: «амеба убирает свои псевдоподии»).

Именно в этот момент количественный аспект приобретает свое значение, если мы вспомним, что нарциссическая энергия лимитирована. Можно, как Федерн, предполагать, что нарциссически загруженные объекты (обедняющие Я) не восполняют всей энергии, размещенной в них: эта неизбежная фрустрация требует отступления к границам Я-сам (которые в этом случае оказываются загруженными, дифференцированными совершенно так же, как объект).

Именно в этом возвратном движении конституируется Я. В это же

время дифференцируется Идеал-Я как проекция нарциссизма и образ фаллоса, как компенсация, покрытие нехватки. Эта теория имеет смысл лишь при условии, что принимается отсутствие различия между объектным и нарциссическим либидо.

Каким образом тогда конституируется объект и каким образом он будет загружен? Мы вслед за Ф. Пашем предпочитаем говорить об очень раннем *антинарциссизме*, осуществляющем обратное нарциссизму энергетическое действие, благодаря которому объект может прогрессивно загружаться (это предполагает, что ребенок обладает объектным ан-тинарциссическим либидо, оно также лимитировано и обратно пропорционально нарциссическому).

**Будущее нарциссизма.** Нарциссизм, если его не рассматривать как инстанцию, имеющую неделимую связь с оральностью (Грюнбергер), действует в течение всего развития, даже во время анальной фазы (когда выпускаемые или удерживаемые каловые массы имеют фаллическое и нарциссическое значение). Он встречается во время фаллической пред-эдиповской фазы и в подростковом возрасте. В это время он занимает особое место в антиэротических групповых идентификациях (Бра-уншвейг и Фэйн: *Эрос и Антэрос*). Можно считать, что вся история нарциссизма смешана с историей Я, но если последняя поглощает нарциссизм, то она включает в себя целую серию адаптивных функций, недоступных для нарциссизма.

Отметим особый смысл, который эпитет «нарциссический» приобретает у Фрейда в рамках его типологии (либидинальных типов [80]). Нарциссический характер определяется им как отсутствие напряжения между Я и Сверх-Я, отсутствие примата эротической потребности, через самосохранение, значение свободной агрессии, делающей готовым к действию, и скорее желание любить, нежели быть любимым (!), определяющее лидеров.

■ **«Индикатор» нарциссизма: тело и образ тела.** Вся эта теория нарциссизма может показаться весьма гипотетичной и абстрактной. Однако клиника детского нарциссизма может быть представлена намного более конкретно и выразительно, если просто обратиться к телу ребенка и образу, который он сам и другие имеют по поводу этого тела (подобная формулировка рискует показаться двусмысленной, поскольку, когда говорят о теле, то обращаются одновременно к соматической сфере тела, наблюдаемого другим, и к образу тела в виде психической репрезентации тела).

Мы не будем обсуждать прогрессивное становление образа тела у ребенка (рекомендуем читателю обратиться к Ажуриагерре [9], с. 379).

В оригинале: «*consubstationei*» (*фр.*) — религиозный термин «сдиносущий» (*прим. пер.*).

Напомним лишь, что это становление неотделимо от развития моторики, языка (письма) и что оно совершается через серию парциальных загрузок эрогенных зон, впоследствии объединенных (для Шильдера образ тела заканчивается лишь после реструктуризации вокруг примата ге-нитальной зоны).

Вспомним различные варианты образа тела при основных типах организации: *расчлененное*, опустошенное и всемогущественное *тело* психотика; *мозаичное* (или содержащее вакуоли) *тело* при пограничных состояниях; *тело-фаллос* при некоторых нарциссических и характерологических организациях; *раздетое*, разгруженное *тело* при деперсонализации; *делибидинизированное* и *автономное сектор-тело* при психосоматических расстройствах; *экспрессивное тело*, *тело-фантазм* при истерии.

Мы будем рассматривать не только образ тела у ребенка, но и тело как объект, как область загрузки (не всегда осознаваемой субъектом, и этот способ загрузки в пределе «моделирует» тело).

Но это тело также приобретает множество значений для матери (которая плохо ли, хорошо ли загружает его в начале развития и реорганизует загрузку). Это значение может иметь высоко защитный характер. Так, исключительность ссылок на тело ребенка позволяет ей (как и многим врачам) отрицать любую психическую жизнь или значение человеческих отношений (и во всех превратностях развития и даже нарушениях характера ищутся местные повреждения, микробы...). Любое отношение с ребенком становится стерильным и осуществляется через соматическое лечение или медикаменты. Но аффективные отношения, желания и фантазмы, несмотря ни на что, все равно проявляются через тело.

■ *Клиника нарциссизма*. Исключительно нарциссическая загрузка встречается при некоторых формах детского аутизма. Но этот нарциссизм редко является аконфликтным и «эластичным» (Грюнбергер). Очень часты страх и грубые формы сам о калечащего поведения. Можно предположить, что ребенок нападает на часть своего тела, которую он воспринимает как чуждую (проекция, по Таску), т.е. она недостаточно, плохо или бедно загружена нарциссической энергией (Федерн). Можно встретить подобную «проекцию», недозагруженность тела при некоторых детских бредовых расстройствах («психические автоматизмы» у них достаточно редки), но в особенности при «стереотипизации» движений и активности у детей-автоматов (Бетельгейм [22]). На первом месяце развития определенные формы нарциссической несостоятельности выражаются в грубейших соматических синдромах (Шпиц; Фэйн; см. далее: психосоматическая организация).

Расстройства некоторых инструментальных функций также часто связаны с нарциссической недостаточностью.

Несмотря на отсутствие внешних проявлений, в случаях психопатии у детей или либидинальных конфликтах анального типа (садомазохизм, чувство вины) можно обнаружить действие несостоятельной (но активно замаскированной), чисто нарциссической экономии (Брауншвейг [34]). Но клиника детского нарциссизма не сводится только к экономическому типу несостоятельности. Она присутствует в переработке или защитной деятельности (противозагрузка определенных секторов Я или мира), фантазмах, мегаломанической экспансии, отреагировании и пр., принадлежащих динамике Я.

### АГРЕССИВНОСТЬ И ДЕЙСТВИЕ

Действие имеет плохую репутацию, поскольку чаще всего определяется через отреагирование.

— Выход агрессии.

— Выход из отношения.

— Отказ от ментализации.

Эта схема явно находит недвусмысленное подтверждение в генезисе действия и в детской клинике.

Попытаемся тем не менее тщательно разделить эти два понятия.

#### ■ *Агрессивность*

Существует ли **первичная агрессивность**? Можно предполагать, что она рождается вместе с всегда неудовлетворенной оральной ненасытностью (отличающейся от голода) и потребностью немедленного удовлетворения (даже если отказаться от кляйновского образа плохой груди, которую следует вытолкнуть и разрушить). Грюнбергер, впрочем, утверждает, что эта первичная оральная агрессивность есть не более чем иллюзия, рожденная задним числом и проецирующая анальный садизм на оральную фазу. Балинт идет еще далее, постулируя существование первичной любви, инстинктивной «формы», которая противоречит не только идее первичной агрессивности, но и обычно предполагаемому ге-незу объектных отношений (что, в сущности, противоречит его уверениям, что «объект рождается в ненависти», см. с. 217).

Можно предполагать, что с этого времени первичная оральная агрессивность представляет собой сложный гештальт, включающий в себя аффекты, телесные ощущения, наметки первых репрезентаций, некоторые моторные, сенсорные и интрацептивные схемы: в нем одновременно актуализируются голод, ощущение полноты и пустоты ротовой полости и пищеварительного тракта, локализованная быстрая моторика ротовой полости и рук, лабиринтные и кинестетические ощущения, последовательные



чувства удовольствия и неудовольствия. Все это показывает, в какие сложные рамки с самого начала интегрирована агрессивность. Можно вспомнить и обычные дискуссии между сторонниками врожденности и приобретенное<sup>TM</sup>. Даже если агрессивность и не является полностью врожденной, она и не представляет собой линейного ответа на фрустрацию.

Агрессивность возникает в виде сложной структуры, будучи одновременно активностью *удаления* {телесного и на уровне репрезентации), дезорганизованной и уже проявляющей *желание отчуждения, расщепления и разделения* моторикой (именно в этом ее связь с инстинктом смерти). В некоторых ситуациях абсолютная первичная агрессивность, инстинкт смерти и компульсия повторения проявляются, будучи более отчетливо изолированными, в случаях яростных и повторяющихся вспышек гнева или позднее, в случаях абсурдного самоповреждающего поведения и клинической картины квазисуицидальных тенденций при делик-вентном поведении и юношеской токсикомании.

**Агрессивность во второй теории влечений: смешение и разделение.** Тогда как в первой теории влечений ненависть была, по сути дела, связана с влечением самосохранения и борьбой Я за свое подтверждение, вторая теория связывает агрессивность с инстинктом смерти и диалектической игрой последнего с либидо. Агрессивное влечение составляет часть влечения к смерти, направленную вовне и загружающую мышечную систему. Во время этой операции она служит либидо, формируя таким образом садизм (часть, остающаяся в организме и также связанная с либидо, превращается в эрогенный мазохизм). Лучше всего эти множественные структурные отношения заметны во время анальной фазы. Но установленные таким образом *смешения* не являются, как представляется, ни непосредственными, ни окончательными (разделение может проявиться ранее, в первичном мазохизме, или позднее, при определенных расстройствах).

**Становление агрессивности** в развитии. Она прослеживается в течение всего процесса развития ребенка и подростка с моментами проявления во время фаллической фазы и комплекса Эдипа (например, в ненависти маленького мальчика к отцу-сопернику). В латентном периоде она смягчается, выражаясь в активности, игре, спорте и школьном обучении. Она часто резко обостряется во время подросткового кризиса или Эдипова конфликта, становясь межпоколенческим конфликтом.

**Место агрессивности** в психической экономии. Двойственность влечений постоянно присутствует в любой психической активности. Агрессивность косвенно выражается в фантазмах и прямо — в чувстве вины. Даже мышление получает свой динамизм и аналитические возможности от агрессивного влечения, которое позволяет разделять элементы, абстрагироваться от содержания (либидо же, напротив, позволяет соединять, создавать необходимую логическую связь).

Прежде всего следует тщательно разделять различные способы проявления агрессивности. Она может либо действовать через тело и мышечную систему, либо выражаться через язык, либо вытесняться или подавляться (гибко или же, напротив, ригидно, если ее напряженность предполагает массивную противозагрузку). В плане детской патологии эти различные варианты агрессивности встречаются при психопатиях (чистое отреагирование), психозах (расщепление и разделение) и обсессивных неврозах (в сложной психической игре). Все эти формы становления агрессивности различаются по уровню ментализации и связи с либидо.

■ **Действие.** Действие не сводится к мышечному акту, даже если оно находит в нем свой источник.

Интенциональное действие, ориентированная моторика рождаются в то же самое время, что и сексуализированная агрессивность и возможность сказать «нет» (и противопоставить себя), — в период анальной фазы (после *разделительного линии*, по Р. Флису), маркирующей возможности контроля и овладения.

Первичное «влечение к захвату» трансформируется в способность модулировать объекты. Организуется пространство. Через некоторое время развитие достигает принципа реальности и различения внутреннего и внешнего (внутреннее напряжение — это то, которого нельзя избежать, перемещаясь).

Это начало возможности заменить действие «психическим экспериментированием», внутренним «примериванием», требующим меньше энергии и становящимся мышлением. Более того, возможность сказать «нет» (которую Шпиц, как мы видели, рассматривал в качестве третьего организатора) вводит в это мышление, вначале очень эмпирическое, символизм и абстракцию.

**Ментализированная активность.** Мы рассмотрели переход от действия к ментализации (понимаемой как модель и торможение действия). Но это развитие остается у ребенка обратимым.

Регресс к действию остается у ребенка, который не всегда может проработать фрустрации, избежать травмирующего воспоминания или преодолеть конфликт. Действие ребенка и его патологические формы находятся в прямой связи с различными детскими конфликтами, будь то подавление, импульсивность и пр. В зависимости от момента в них всегда можно обнаружить смешение или разделение влечений. Но действие имеет иное становление: медленное присоединение к автономности и творчеству сопровождается *десексуализацию* и *деконфликтуализацию* действия (параллельно тому, как это происходит с мышлением при формировании совместно с ним «сферы Я, свободной от конфликта»). Подавление же действия, напротив, может привести к остановке этого процесса.

**Клиника действия.** Действие, таким образом, создает область загрузки и способ выражения. Можно предполагать, что связь между действием и некоторыми ранними нарциссическими нарушениями с психосоматическим выражением очевидна: так, у аноректичных детей часто отмечаются ускоренное психомоторное развитие и сверхзагрузка двигательных способностей (Фэйн). Отреагирование (в широком смысле) связано с плохим экономическим распределением (преходящим или закрепленным) и имеет один смысл: призыв к другому, индикатор конфликта, защита (и не только частая и классическая «идентификация с агрессором»). Среди этих форм отреагирования выделяются:

- *чистое отреагирование* (повторяющееся или нет) без тревоги и аффекта, связанное с первичной агрессивностью у психопатов; повторяющиеся *опасные инциденты* у детей, инциденты, являющиеся эквивалентами явно ментализированных депрессивных суицидов без тревоги. К ним можно приблизить (как бы шокирующе это не звучало) «синдром детей, подвергавшихся истязаниям», который оставляет впечатление настоящей первично-мазохистической провокации со стороны ребенка, подталкивающей взрослого к тому, чтобы его мучить;
- *отреагирование, имеющее значение бессознательного фантазма*. Это подлинное или фантазматическое отреагирование, связанное, по Ф. Гринэйкр, с оральностью и неуважением к материальному объекту. Вместе с Хенгелем можно отметить, что отреагирование в качестве бессознательной цели стремится к объединению в конфликте всех *других* (других, чем мать) и что оно создает способ защиты против угрозы утраты идентичности;
- *отреагирование, связанное с невротическим чувством вины* и желанием самонаказания. Для некоторых исследователей патология действия у ребенка не имеет столь архаического значения, а является регрессивным преходящим неиспользованием языка. В любом случае отреагирование имеет значение разрядки влечения или чистой первичной энергетической разрядки (Нюнберг), в форме рационализации (редкой у ребенка) оно допускает сохранение вытеснения. Его повторяющийся характер совершенно не замечается. Помимо этого клиника отреагирования включает также подавление, апрагматизм, диспраксию, защитную гиперактивность и пр.;
- отреагирование у *подростков*, даже если представляет собой форму отрицания фрустрирующих границ, налагаемых реальностью, магическую и идентификационную (с фаллической матерью) регрессию, все же в конечном итоге формирует процесс созревания и адаптации (Блос [27]).

## МЕНТАЛИЗАЦИЯ

Фантазматическая активность составляет лишь одну часть работы, выполняемой психикой для овладения энергией влечения и возбуждением путем ее связывания и трансформации в производные формы. Эта психическая «проработка» смешивается с привходящими вторичными процессами и мышлением.

Генетическая психология, к которой мы адресуем читателя, очень точно описала эти процессы. Напомним, как Ж. Пиаже описывает различные этапы. После сенсомоторного интеллекта (предшествующего языку и мышлению, т.е. относящегося к периоду до 2 лет) последовательно появляется дооперационное (со своей логикой классов, началом символизации), а затем формальное гипотетико-дедуктивное мышление.

Вспомним также, как А. Валлон [164] показывает прогрессивное проявление мышления и символической активности, начинающихся с синкретизма действия, эмоции и тела (настаивая на значении ходьбы, а затем речи). Но если считать, что стадии, описанные ими, представляют собой жесткие взаимонепроницаемые структуры, то можно только поражаться значению, которое они приписывают телу, действию, появлению символа, языка (Ж. Пиаже) и эмоции (А. Валлон).

■ **Ментальная проработка и ее функции.** Эта проработка имеет прогрессивный характер и осуществляется с целью:

- 1) *минимизировать* дезорганизующее действие как внешних, так и внутренних стимулов, связывая их и обходя благодаря методу, который не только является *экономическим*, но и формирующим *осмысленную операцию*;
- 2) *различать*, предвосхищать и даже замещать удовлетворение влечения;
- 3) *поддерживать константность объекта* влечения, несмотря на его исчезновения и возвращения, управляя им путем представления, ин-тернализации, сохранения в качестве означающей фигуры (на незначимом фоне).

**Предварительные условия ментализации:**

- существование содержащего, хотя современные теории, как, например, теория Биона, постулируют, что содержащее (инструмент мышления или «мыслевместилище»)<sup>1</sup> создается содержимым (мысли);
- содержимое должно испытывать динамизирующее давление (моторное значение слова влечение). Оно должно быть одновременно соединяемо и разделяемо в свободной игре влечений Эроса и Танатоса;
- мышление требует соединения определенного количества гетерогенных элементов. Мышление для Биона есть встреча предконцепции (ожидания)

<sup>1</sup> В оригинале — неологизм «rensoir» (фр.) (прим. пер.).

пня объекта) с фрустрацией. Эти предконцепции являются начальными элементами лишь в качестве части цепи, идущей от предконцепции к концепту через концепцию (последняя определяется как встреча ожидания или предконцепции и реализации, т.е. опыта). Эта отвлеченная теория интересна указанием на связь ментализации с отсутствием объекта, позитивной или негативной галлюцинацией и опытом удовлетворения или нехватки.

■ **Основные аспекты и области.**

**Репрезентации.** Речь идет о репрезентации слов или вещей (Фрейд настаивал на этом различии), репрезентации, галлюцинаторной или нет, объекта влечения (можно напомнить игру с катушкой<sup>1</sup>). Даже первичная галлюцинаторная и магическая репрезентация позволяет овладеть миром, допуская манипулирование всегда находящимися в распоряжении внутренними объектами, или дифференцировать благодаря введению ожидания удовольствие от замедления. Воспитание, традиционное или нет, всегда направлено (фиксирование времени приема пищи или управление сфинктерами) на продуцирование или облегчение ментализации. Можно было бы «описать» последовательные этапы подобной репрезентационной ментализации, чтобы отметить, в какой степени интернализированный объект отрывается от своих конкретных корней и становится все более и более абстрактным и обобщенным: грудь —> еда —> речь другого —> все более и более формализованный знак —> концепт (оральная линия). Испражнения —> фрагментируемый и манипулируемый объект —> ментализированный и анализируемый по частям объект (анальная линия).

**Мышление** непосредственно связано с репрезентацией и в других исходных аспектах (М. Грессо, цит. по: С. Нашт [133], с. 122).

— *Его происхождение:* акт, в котором оно формирует замещение (менее дорогостоящий в энергетическом смысле акт пробы, см. главу о действии).

— *Его двойная роль* «интрапсихической регуляции и адаптации к реальности». Обращенное к реальности, которую оно формирует (в тестировании реальности, являющемся первым суждением), «оно дает такое же чувство реальности, как и восприятие». Мы можем добавить, что у ребенка это тестирование реальности связано со всей серией более архаических процессов, таких, как игра и фантазирование.

— Оно связано с *отрицанием* одновременно в генетическом (см.: Р. Шпиц о третьем организаторе) и метапсихологическом плане: любое суждение есть суждение отрицания (и как таковое являющееся для мышления гомологом вытеснения).

<sup>1</sup> Речь идет об описании игры ребенка с катушкой ниток, которую он отбрасывал и притягивал обратно с криками «прочь, сюда», игры, которая, по мнению Фрейда, помогает ребенку символически овладеть уходом и приходом матери (*Фрейд 3. По ту сторону принципа удовольствия*) (*прим. пер.*).

Напомним, что отрицание есть высокоосознаваемый процесс, *не существующий в бессознательном*.

На всем протяжении своей истории мышление сохраняет тесную связь с либидо: как в своем происхождении, так и в функционировании (которое питает десекуализированное и сублимированное либидо).

Оно всегда осуществляется с наградой удовольствия — «удовольствия функционирования». Именно эта награда удовольствия, и в особенности интенсивная сексуализация процессов мышления, вызывает у некоторых детей гнев Сверх-Я и грубое подавление интеллекта.

Аффект, другая сторона ментализации влечений, в которой объект отсутствует, занимает огромное место в психическом ребенка (см.: Майе [132], с. 168). Введение понятия аффекта интегрирует тестирование в более широкую совокупность тестирования Я. Майе различает *реактивные нарциссические* аффекты (гнев, злоба), локализующиеся только в Я и происходящие от него, а не от тела, и *объектные аффекты желания* (стыд, ге-нитальный страх, ненависть к сопернику), происходящие от Оно и тела. Вот почему подавление аффектов (при неврозах) не имеет такого же деструктивного и деструктирующего влияния на уровне тела, как отрицание аффектов, гетерогенных Оно и телу (при психосоматической организации), что хорошо подтверждается реальностью клиники, наблюдаемой у ребенка. Все формы ментализации не являются соположенными областями и способами параллельного функционирования. Грин напоминает (Французский психоаналитический журнал. 1970, XXXIV, с. 1123 [5, 6]), что основная функция аффекта есть открытие, уничтожение, занятие места репрезентации. Ее наиболее поразительный результат — *негативная галлюцинация* (т.е. другая сторона, изнанка галлюцинаторной реализации желания).

■ *Клиника*. Подводя итог, напомним, что, изучая возможности и механизмы ментализации ребенка, необходимо:

— *Исследовать способ мышления в зависимости от возраста* ( в соответствии с критериями Пиаже).

Сексуализация механизмов мышления, его пронизанность первичными механизмами, его адаптированное (или нет) значение защиты против страха, гибкость его связей с аффектом, игра, в которую оно вступает с фантазмом и реальностью, никогда не забывая и о том, что «чистое мышление», беспристрастное, абстрактное, в той же степени патологично, что и мышление узника, и что различные стили мышления могут сосуществовать.

— *Исследовать возможности репрезентации*, их доминирующий способ (визуальный, слуховой, моторный и пр.) одновременно в динамическом и экономическом аспекте.

Но подобное экономическое и динамическое исследование упирается в связи ментализации с действием и телом, формирующими в нашем понимании три полюса исследования ребенка.

Мы рассмотрим различные типы организаций, встречающиеся на различных уровнях детской клиники.

■ *Классическая нозология*, настаивающая на клинической дифференциации: рассмотрим, как нозологические единицы артикулируются благодаря одновременно их соположению и их дифференциации.

■ *Клиническая феноменология*: попытаемся обрисовать портрет ребенка. Постараемся уточнить его связи с другим и наметить место и роль некоторых важнейших *означающих*.

■ *Метанпсихология*:

В **экономическом** плане мы обратим внимание на распределение загрузок по трем полюсам:

— тело и нарциссизм;

— действие;

— ментализация.

Каждую из организаций, которые мы рассмотрим, можно представить в некотором квазитопологическом аспекте, где каждая из них может определяться:

1. *Либо через* специфическое и доминирующее в одной из трех областей загрузки *насыщение* (в статистическом смысле), которое мы изучим; например, психосоматическую организацию — через насыщение тела, психопатическую организацию — через насыщение действия, невротическую организацию — через ментальное насыщение. Таким образом, мы приходим к некоторой топологической карте загрузок.

2. *Либо через* более или менее дифференцированный *способ организации* каждой из трех областей (здесь используется вполне классическое понятие):

— на доминирующем уровне загрузки устанавливается специфическая структура (например, игра фантазма и мышления у истерика не является такой же, как у обсессивного пациента);

— на уровне других областей, даже при наиболее ментализированных структурах следует учитывать проблемы нарциссизма и отреагирования.

3. *Либо через отношения*, также особые, специфические и в определенной мере необратимые (имеющие единственное направление), меж-

ду тремя областями. Напомним о влиянии телесной дефицитарности на возможности ментализации у дебилов, телесном запечатлении психической несостоятельности у психотических пациентов.

В **динамическом** плане: выделим основные типы конфликтов.

В **топологическом** плане (резюмирующем, по сути дела, предшествующие): определим типы отношений между инстанциями и основные варианты структурирования.

**ДЕФИЦИТАРНЫЕ ТИПЫ ПСИХИЧЕСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ**

### **КЛАССИЧЕСКАЯ КОНЦЕПЦИЯ ДЕФИЦИТАРНОСТИ**

Под этим названием можно объединить целую совокупность различных клинических расстройств различной степени тяжести, имеющих лишь одну общую точку, связанную с недостаточностью, отсутствием, поражением на уровне навыков и тела. Неважно, что эта недостаточность может проявиться с первых дней (наследственные заболевания, неонатальные поражения) или же намного позднее, неважно, поражают ли они личность целиком или некоторые функции или области (интеллект, праксис, речь), неважно, что эта недостаточность может быть маскирована адаптацией, вторичными суперструктурами или же проявляться в острых, кризовых феноменах (эпилепсия).

Две специфические характеристики объединяют эту группу:

- 1) запечатленность **в** теле, его функциях, его органах и в интеллектуальной активности;
- 2) эта запечатленность возникает либо с самого начала (первичная умственная отсталость), либо как завершение процесса (деменция).

Включенность в систему отношений, смещение в регистр аффектов и фантазмов до настоящего момента рассматривается многими авторами как случайный феномен или ассоциированное расстройство. Так же как эти авторы, мы сначала опишем дефицитарность исключительно в рамках механистического и организменного подхода.

■ **Поражения центральной нервной системы.** Неонатальные (асфиксия), постэнцефалитные или травматические нарушения могут повлечь за собой не только умственную отсталость, но и три группы расстройств. **Расстройства психомоторных функций** (на уровне формирования схемы тела, пространства и праксиса). Так, ребенок с моторным поражением не может правильно воспринимать свое тело, ориентироваться в пространстве, овладеть тем и другим при гемипарезе (который он мо-



жет игнорировать или трактовать как вещь) или при невозможности удерживать положение стоя.

**Расстройства речи** (от афазии до дизартрии) и коммуникации.

**Кризовые расстройства:** речь идет об эпилепсии, к описанию которой мы сейчас перейдем.

■ **Ребенок-эпилептик** ([9], с. 625).

**Личностные черты** исследуются в интервалах между кризами, это постоянный фон, на котором они появляются как разрывы. Основные черты, по Кору [114]:

— *брадипсихия*, или идеомоторная замедленность (связанная с ощущением глубокой депрессии), сочетающаяся с педантичностью, персеверациями;

— *прилипчивость*, доведенные до крайности чувства по отношению к другому («прилипчивые» дети);

— неконтролируемая *агрессивность* (импульсивность, гневливость); — *религиозность*, уход в мечты.

**Эпилептик, его родители и воспитатели:** вид эпилептика в судорогах, в особенности взрослого, заставляет фантазировать даже романистов (см.: «Идиот» Ф. М. Достоевского), поскольку в этом есть нечто соблазнительное и ужасное. При наблюдении за ним (без риска занять его место) возникает ощущение грубого проявления деструктивных и либи-динальных влечений, в приступе всегда таится смерть и присутствует волнующая эквивалентность: криз = оргазм = маленькая смерть. Эта соблазнительность и весьма амбивалентный контртрансфер встречаются и в рассказах родителей о приступах у ребенка.

Последние испытывают необычайные затруднения в поддержании дистанции с таким ребенком, который «прилипает» к ним, умирает и возрождается в пышной драматической и наблюдаемой сцене среди ритмов (клоническая фаза), ауто-эротический смысл которой никогда не бывает от них полностью сокрыт. Но кто же на самом деле умирает, а кто наслаждается? Детско-родительские отношения постоянно разыгрываются на фоне одного и того же задника: прошлый криз, криз, который вот-вот наступит, всегда присутствующий, квазивневременной криз. Отсюда эта избыточная заботливость, в которой чувствуется защита от враждебности, желания смерти (в пределе речь идет о зеркальных отношениях, разворачивающихся в воображаемом, фантазме всей семьи). Длительное развитие эпилепсии не может быть понято без анализа этих отношений: некоторые очень измененные дети очень редко переживают приступы, тогда как другие, менее измененные, часто теряют сознание, особенно в фобогенных ситуациях (отделение эпилепсии от истерии является очень трудной клинической задачей): трудность разделения эпилептических и истерических припад-

ков заключается не только в их возможной клинической связи, в существовании промежуточных и переходных форм, но и в том, что они порождают у наблюдателя (в первую очередь у родителей, а также у воспитателей и даже у организменно ориентированных врачей, наиболее доверяющих своим измерительным приборам) один и тот же контртрансфер. В нем прежде всего проявляется невозможность оставаться чистым наблюдателем, ощущение попадания в ловушку, даже если сохраняется уверенность в дифференциальном диагнозе, различии (эпилепсии с драматическим риском смерти и истерии с драматизированной сексуальной игрой). Каждый из вариантов создает ощущение столкновения со смешанной игрой смерти и секса.

Впрочем, у некоторых родителей ребенок, больной эпилепсией, порождает более архаическую защитную систему (проекцию, отказ и пр.), поскольку он глубоко ранит нарциссизм своих родителей: он носитель скрытого, но активного поражения, ответственным за которое они себя чувствуют в своих фантазмах (которое они считают унаследованным «высшим злом» или следами ущерба, нанесенного ими или врачами).

#### ■ Дебильность и умственная отсталость

Варианты в зависимости от уровня (клиническая классификация).

1. *Легкая дебильность* является гетерогенной и малоспецифичной: в нее включаются школьная неуспеваемость, инструментальная дефицитарность, проблемы отношений (Гаррон).
2. *Средняя степень дебильности*, напротив, в клиническом плане кажется значительно более специфичной и однородной (хотя границы глубокой дебильности представляются все более и более подвижными, прагматическими и социально обусловленными, поскольку дети с IQ=50—60 с трудом находят свое место в схеме, выстроенной медико-психологическими институтами, и позднее колеблются между полной и частичной помощью). В любом случае именно в области средней степени дебильности специальная и вспомогательная педагогика добиваются максимального успеха: достижения некоторой степени социальной и профессиональной автономии.
3. *Глубокая степень дебильности и выраженная умственная отсталость* составляют две очень богатые в клиническом плане группы (богатство которых не отражается формальными показателями IQ). Часто весьма поразительными являются способности некоторых глубоких дебилов в плане речи, социальных отношений или практической самореализации (до такой степени, что можно забыть об их «официальном» уровне). Но зато некоторые неудачи кажутся необъяснимыми. Все это уводит нас по ту сторону парциальных инструментальных расстройств, «механической» дефицитарности личностной структуры дебилов.

**Дебильный ребенок:** для того чтобы рассмотреть личность в ином аспекте, чем нехватка, следует учесть аспекты, которые мы пронумеруем лишь как план обсуждения того, что является *неоструктурой*.

1. Его интеграция во *времени* носит значительно более ранний характер, нежели его интеграция в пространстве. Усвоение официального, социального времени (возможность назвать свой возраст, датировать события жизни) обычно доступно лишь при дебилизме средней степени. Эта интегрированность времени особенно важна, поскольку позволяет дебилу достичь своего статуса автономного субъекта, с персональной историей, в которой он ориентируется (если этого не происходит, то существует столкновение времен, жизнь в вечном мгновении).

2. *Речь, мышление, выражение:* магическое и мифоманическое мышление формирует способ обладания миром и отрицания недостаточности для подтверждения всемогущества. Отсутствие перехода к абстрактному и концептуальному мышлению должно описываться не только как дефици-тарность, а как знак мало продвинутой дифференциации феноменов мен-тализации. Репрезентация существует, но она реализуется в форме *репрезентации-аффекта*. Регистр символического (в постэдиповском измерении) трудно достижим в овладении объектами (сохраняющими свой конкретный характер), деньгами (знание их меновой стоимости демонстрирует овладение понятием обмена объектами), в использовании речи (разрыв, существующий между последней и другими областями: использование в определенные моменты речи как прямого выражения потребностей, разрыв с мышлением). Два примера этого двойственного феномена у глубоких дебилов: существование невербализованного мышления, включающего концепты классификации ([8], с. 538), и очень проработанной речи, выражающей бессознательное, желание, фантазм (но *не интегрированной в Я*). Ребенок-дебил для самовыражения охотнее использует действие или свое тело. Три области загрузки (тело, действие, мёптализация), будучи в определенный момент конденсированными, отрываются от других.

3. *Действие, воспроизведение, творчество.* Совершенно справедливо обращается внимание на стереотипный характер некоторых форм поведения дебилов. Реально ребенок-дебил кажется то слишком «пластичным», подверженным влиянию, зависимым, то упрямым, демонстрирующим комиульсии повторения. Ребенок кажется колеблющимся между пассивностью и импульсивностью, без возможности обрести равновесие. Эти колебания хорошо демонстрируют трудности его индивидуализации: он или является объектом для другого, или же функционирует ау-тоэротическим, автоматизированным способом. Для него аффективный обмен с самим собой или другим оказывается особенно затруднительным (но невозможно говорить о психопатической организации в собственном смысле слова).

4. *Дефицитарность*, как и любое приспособление, обладает определенным *смыслом* для ребенка и его семьи (и этот смысл влияет на развитие ребенка и его возможности реадaptации). На семейном уровне возможно все что угодно: отрицание дефицитарности, чувство вины, проективное обвинение школы, врачей, общества, гиперактивное и воинствующее поведение в родительских ассоциациях (по гипоманическому или персекуторному типу). Можно наблюдать согласованную между семьей и ребенком сверхзагрузку дефицитарности: сверхзагрузку, защищающую от проявлений влечения. Это позволяет ребенку оставаться манипулируемым объектом, безоружным ребенком, которого нужно всегда кормить и который никогда не обнаружит генитальных влечений и желания автономии: «это не то чтобы запрещено, но невозможно».

*Заключение.* Классическая концепция дефицитарных структур содержит четыре следствия.

— Предполагаемая дефицитарная структура может описываться лишь чисто феноменологически, как мы это только что сделали.

— Центральное место занимает простая гармоническая дебильность, в которой доминирует интеллектуальное отставание. Все другие формы: прогрессирующая дебильность, дисгармоническая дебильность и пр. суть не более чем осложнения.

— Этиология, даже если она рассматривается как «многофакторная», на самом деле всегда однозначна, ибо принадлежит лишь одной области, чаще всего органической, иногда социокультурной, иногда у некоторых психоаналитиков лакановского направления чисто генетической (с чрезмерным уподоблением психозу, вызываемому материнским желанием).

— Терапия относится исключительно к порядку педагогики и переобучения, с действием, локализованным на инструменте. Речь идет об одномерной терапии дефицитарности (ортофония, психомоторное переобучение, школьное переобучение), к которой иногда добавляется психотерапия «для коррекции аффективных сочетанных расстройств» или, как у психоаналитиков лакановского направления, психоанализ, служащий единственным возможным лечением.

### **СОВРЕМЕННЫЙ ПЕРЕСМОТР КОНЦЕПЦИИ ДЕФИЦИТАРНОСТИ**

Большое количество клинических и психопатологических исследований, выполненных за последние двадцать лет в учреждениях, классах вспомогательного обучения и медико-педагогических центрах, продемонстрировало, что дефицитарные организации значительно сложнее, чем это полагали, и практически всегда смешаны с другими типами организации (психотическими или невротическими).

■ *Клиника*

1. Выделение психоза с дефицитарными проявлениями (Р. Миз), психотические задержки развития, разделение которых с дефицитарными расстройствами невозможно выполнить.
  2. Выделение некоторых видов эпилептической энцефалопатии, в особенности приводящей к деменции (Р. Миз). Среди них можно дифференцировать трудные для классификации дементные формы, психозы с дефицитарными проявлениями и прогрессирующие дисгармонии. Все эти формы развития содержат в себе «продуктивные» моменты и фазы разрыва (совершенно необъяснимые нервно-органическим развитием энцефалопатии) и достигают одновременно искаженной и дисгармоничной конечной клинической картины.
  3. Прогрессирующее структурирование субъекта по типу вторичного дефицитарного психоза или дисгармонии.
  4. Глубокое изучение анамнеза некоторых дебилов, расцениваемых в качестве простых и гармоничных на момент их обследования (школьный возраст), показывает относительную редкость органической этиологии, которая могла бы объяснить клиническую картину и существование почти постоянных ранних расстройств личности и отношений.
  5. Обследование, проведенное на наличный момент во вспомогательных классах (и учреждениях), месте, где, как считается, проходят обучение (или проживают) дебилы, показывает, что большинство находящихся там детей дисгармоничны и демонстрируют личностные расстройства. Более того, их олигофрения не сводится к значениям IQ: каждый ребенок обладает особой структурой, позволяющей его отличить от другого.
- Проведенное в школьной среде лонгитюдное исследование «Ребенок шести лет и его будущее» (К. Шиланд [39]) выявляет в структурном плане крайний клинический полиморфизм начального состояния и развития каждого ребенка, лечится ли он, демонстрирует ли школьную неуспеваемость или нет.
6. Анализ инструментальных расстройств, расцениваемых в качестве простых, таких, как дизлексия, дизорфография, психомоторные расстройства и пр., и их локальная коррекция часто оканчиваются неудачей, ставящей под сомнение само понятие изолированных инструментальных расстройств.
- *Следствия.* Само понятие простой *дебилности* представляется столь же сомнительным, что и отводимое ей центральное место в ядре дефицитарных организаций. То, что *ранее* рассматривалось как *осложнение*, видимо, реально является присущим гипотетической дефицитарной структуре. Простая же форма в таком случае есть лишь неустойчивое или слиш-

ком устойчивое равновесие, свидетельство калечащего «излечения» когнитивных процессов.

### **Направления современных исследований**

**Многомерный и междисциплинарный подход**, интегрирующий в одной бригаде психиатров, психологов, воспитателей, реабилитологов и психотерапевтов, при условии сохранения каждым из них своей специфики, своих подходов и методов ухода.

Разработка такого измерительного инструмента, как дифференциальная шкала интеллектуальных достижений (EDEI), позволила выделить три группы дефицитарных расстройств:

- психозы с дефицитарными проявлениями;
- прогрессирующие дисгармонии психотической структуры;
- непсихотические дисгармонии. Данная шкала позволяет измерять:

- 1) знания,
- 2) социальные навыки,
- 3) уровень концептуализации,
- 4) категориальный анализ,
- 5) уровень конкретной адаптации.

(Три первых измерения носят вербальный характер, два последних — невербальный.)

**Попытки приложения к дефицитарным расстройствам** современных психоаналитических исследований нарушения когнитивных процессов, связанных с поражением аппарата «мышления мыслей» (Блон и Грин).

Нынешнее состояние исследований позволяет предполагать, что дефицитарная структура «разворачивается между двумя уровнями» — уровнем овладения психотическим ядром и уровнем формирования конфликтных зон генитального эдиповского комплекса. Это структурирование упирается одновременно в блокирование психотического измерения и в неудачу невротической конфликтуализации в ее интегративной функции.

Блокирование психоза осуществляется через отделение влечений, усиление контроля, обращение к внешнему объекту против внутренней опасности. В асимптотическом приближении к невротическому регистру обнаруживается неудача проработки эдиповского конфликта (в связи с вовлечением наиболее примитивных механизмов). По сути дела, интеллектуальное торможение, несмотря на внешнее впечатление, не есть следствие вторичного вытеснения. Известно, что невротическое торможение никогда не уничтожает инструмента, на который оно действует, даже если парализует его функционирование. Все совершенно иначе происходит при психозе (даже в его невротических аспектах), который отчуждает инструменты познания и активность в самой ее сути. Протекание вторичных процессов нарушается: они утрачивают свою пластичность, начинает преобладать псев-

доанальный контроль. По мере того как Я, фокусируемое своим единственным объектом, отделяется от своих инстинктивных источников, обнаруживается патологическая адаптация (Р. Миз [128]).

■ *Заключение.* Дефицитарные организации занимают у детей центральное место как в клиническом, так и психопатологическом плане. Так же как и у взрослых, это центральное место занимает различными депрессивными организациями, что приводит нас к рассмотрению отношений между дефицитарностью, депрессией и пограничными состояниями.

### **ПСИХОСОМАТИЧЕСКИЕ ОРГАНИЗАЦИИ И СИНДРОМЫ**

Их структурное единство у ребенка сомнительно, мы, по сути дела, лишь перечислим в хронологическом порядке всю совокупность нарушений, которые с самого начала имеют общий момент: они *выражают, переводят и модулируют на уровне тела ребенка определенный тип связи с матерью* до того, как стать позднее оригинальным способом нарциссического функционирования, экономящего на ментализации (но какой ценой...). Поскольку если в благоприятных условиях психический аппарат хорошо переносит существование тенденций, кажущихся противоречивыми лишь на уровне сознания (бессознательного после Фрейда), то *тело куда менее толерантно* (Фэйн [56]).

#### **Ранние психосоматические нарушения**

■ Они в той или иной мере очень разнообразными в зависимости от возраста ребенка способами включают в действие *мать*. Исключим из строго психосоматических рамок количественную недостаточность поддержки, исследованную Р. Шпицем. Эта недостаточность приводит к госпитализму, если она тотальна, или к анаклитической депрессии, если она парциальна.

**Психотоксические нарушения** (единственные, в которые включаются личность матери и качество нарциссической поддержки ребенка), могущие быть очень ранними (Р. Шпиц). Подобная *качественная* недостаточность может приобретать различные формы.

— *Первичный* пассивный или активный *отказ* приводит к коме или грубым пищевым расстройствам (ребенка безостановочно рвет, он отказывается от всего, что является в буквальном смысле «плохой грудью»).

— Сочетание *первичной избыточной* и тревожной *заботы с гипертонусом младенца* приводит к коликам *первых трех месяцев*. Их отсутствие в яслях и, напротив, их усиление при кормлении матерью указывают на то,

что речь идет о расстройстве, связанном с присутствием тревожной и слишком исполнительской матери. Эти колики утихают при появлении соски-пустышки (аутоэротизм) и укачивании ребенка (нарциссическая гетеростимуляция). Их исчезновение к трем месяцам совпадает с появлением первого организатора: улыбки, говорящей о возможности связи или разрядки в ментальном плане. М. Фэйн уточняет связь этого расстройства с перевоплощением первичного нарциссизма: матери, слишком обедненные в ментальном плане, прямым образом инъецируют своим детям мало мен-тализированную и вследствие этого разрушительную тревогу.

— *Враждебность, маскированная тревогой*, приводит к детской экземе (после 6 месяцев).

— Колебания между льстивостью и враждебностью провоцируют *неустойчивость*, связанную, по Штентаубу [151], одновременно с аутоэро-тизмом и самоистязанием.

— Циклические смены настроения приводят к *нарушению выделительных функций*.

— Компенсированная враждебность приводит к *агрессивной гипер-тимии*, выходящей за рамки психосоматики (поскольку возникает позднее и близка к психопатии).

■ Все эти ранние, выделенные Р. Шпицем расстройства кажутся гетерогенными — в границах тела и поведения. Зато куда более специфичны расстройства, исследованные Крейслером, Фэйном и Суле [103] в менее линейной перспективе.

**Бессонница первого** полугодия, видимо, связана, как и колики, с нарушением формирования первичного нарциссизма. Этот более радикальный и более древний дефект становится точкой фиксации, мешающей «либидинизации» сна и «галлюцинаторной реализации желания» (как по типу общего нарциссического удовлетворения, так и по типу ау-тоэротического удовлетворения). В случае *ранней бессонницы* возможности аутоэротической разрядки остаются неудовлетворительными, лишь привнесение постоянного внешнего нарциссического добавления через бесконечное укачивание способно погасить это расстройство (такое механическое укачивание определяет некоторый тип матери: укачивающую мать, противопоставляемую Фэйном реально удовлетворяющей матери, которая физически может чаще отсутствовать).

**Простая анорексия** на момент отнятия от груди может находиться в прямой связи со вторым организатором (страх незнакомца). Пища сливается с лицом незнакомца, так же, как он, атакуется и в буквальном смысле отбрасывается. В случае *длительной и сложной анорексии* встречается такое же, но более глобальное отношение: массивный отказ от интро-ецированной, инкорпорированной разрушающей матери, смешиваемой с



пищей. Эта анорексия включает в себя многочисленные варианты: пер-версный, характерологический (в длительной борьбе мать-ребенок за овладение) и даже квазипсихотический. Можно полагать, что в этом развитии проявляется и *инстинкт смерти*.

**Спазматические рыдания:** синкопы, сопровождающие недовольство; устрашающая драма, разыгрываемая перед семейной группой. Можно четко противопоставить два варианта: форму синей асфиксии, следующую за длительным периодом ярости (мужественной, кажущейся преждевременным симулякр коитуса), и белую, возникающую внезапно и как бы симулирующую в женственном регистре смерть.

**Срыгивание** между шестью-восемью месяцами: бесконечная ауто-эротическая жвачка части желудочного содержимого с аутистическим отношением. Это квазипервертное «отреагирование» без ментализации и с расщеплением влечения.

В ходе своего развития сенсорика разгружается к выгоде внутреннего тела. Некоторые исследователи рассматривают срыгивание как первое оформление «игры с катушкой» с оральным и мышечным овладением парциальным объектом. Речь идет о регрессии перед лицом «фрустрирующей» проективной и подавляющей матери, в которой разрушается «первый организующий момент», по Р. Шпицу. В этом можно также увидеть, как вследствие недостаточности материнского вклада в примитивный нарциссизм возникает омертвляющий аутоэротизм. Он формирует автономную противовозбуждающую систему, не связанную с матерью.

**Младенческая астма** может пониматься как «негатив» срыгивания. Мать, вступающая в конфликт с другими материнскими заместителями — кормилицей, бабушкой, отцом, создает для своего ребенка преждевременную псевдотриангуляцию, которая не может быть проработана, она сверхзагружает своего ребенка, и желание бессознательно влечет его к состоянию плода. Таким образом, она противозагружает у него все проявления влечения (избыточное первичное вытеснение). Эта материнская сверхзагрузка усиливает «противовозбуждающую функцию» и блокирует аутоэротизм, с помощью которого ребенок мог бы функционировать вне нее. Этот несостоятельный аутоэротизм не может быть связан с репрезентациями объекта, он несостоятелен также в своей невозможности проработать отсутствие объекта, всегда присутствующего в *галлюцинаторном воплощении желания*. (Это четко отделяет раннюю астму от детской и взрослой астмы, при которой этот механизм является доминирующим.) Это делает более понятным регулярный клинический факт постоянной улыбки, отсутствия проявлений страха. Существует фиксация и неудача первого организатора, проявляющаяся в отсутствии страха перед незнакомцем (т.е. неотцом, преждевременная псевдотриангуляция разыгрывается с другими материнскими фигурами).

Отмечается фиксация и неудача формирования первичной фобии. Криз, таким образом, тождествен непроработанной и непрорабатываемой в ментальном (как и в моторном) плане соматической реакции на вторжение незнакомца или угрозу расщепления нарциссизма и эротизма.

### **Поздние психосоматические нарушения**

Они характеризуются более отчетливым «погружением» в тело и вследствие этого значительно большей близостью взрослой психосоматической клинике. Они могут поражать важные функции.

*Дыхательную функцию при астме:* они проявляются у аллергических субъектов (условие необходимое, но не достаточное), устанавливающих с тревожной и гиперопекающей матерью очень амбивалентные отношения зависимости (М. Сперлинг). Сам по себе приступ является одновременно и зовом, и криком, и подавлением этого крика-плача (Восток), всегда обреченной на неудачу попыткой индивидуации. Вне приступов между партнерами наблюдаются отношения амбивалентной взаимозависимости, локализующиеся на различных уровнях, первичном и вторичном:

— обмен проекциями с разрядкой через другого собственных страхов и отрицаемого агрессивного содержимого;

— подтверждение зависимости, превращение в раба другого, притязания на независимость;

— формирование садо-мазохистской пары с постоянной сменой ролей и справедливое распределение как эротических, так и нарциссических выгод.

■ Две часто встречающиеся клинические черты очевидным образом противоречат аллергической структуре, описанной выше у младенца: защитная и агрессивная интеллектуализация и недоверие к незнакомцу (их можно интерпретировать как возможные реактивные образования).

■ Внешняя невротизация астмы часто несколько лабильна и хрупка. Фаллический страх выражается либо прямо, либо через истерофобические симптомы и obsessивные ритуалы (в сне, питании, разделении плохих и хороших мест, плохой и хорошей еды).

Связь с архаической оральностью очевидна (даже если она проявляется только в агрессивности и квазитоксикоманической зависимости от кортикостероидов).

Как обобщить подобный клинический полиморфизм? Мы уже описывали у детей особый «характерологический» тип, связь аллергического объекта (П. Марти) с невозможностью достичь Эдиповой фазы, а также

способ уничтожения любой дистанции и отрицания любой возможности конфликта в квазионирической игре *Я-удовольствие*. Приступ наступает (совершенно как истерические проявления), когда аллергик оказывается в треугольной ситуации перед двумя объектами, которые он не может смешивать. Но ребенок легче, чем взрослый, переносит состояние между приступом и невротическим симптомом, поскольку основной тип аллергической связи у него еще не зафиксирован.

*Пищеварительную функцию* при гастродуоденальной язве и геморрагическом ректоколите. Изъязвление у ребенка имеет такое же, как и у взрослого, значение способа выражения «проглоченной» агрессивности по отношению к гиперпекающей матери, не переносящей вербализации или любого проявления этой агрессивности. Оно возникает у личностей, хотя и гиперактивных и гипертонических в моторном плане, но пассивных, робких и часто демонстрирующих школьные фобии. Вместе с астмой это расстройство наиболее интегрировано в специфический семейный паттерн. Что же касается геморрагического ректоколита, он, без сомнения, является наиболее глубокой, наиболее таинственной и наиболее опасной формой соматизации (где скрытая агрессивность может оказаться смертельной).

*Сфинктерные функции*: энурез, энкопрез. Речь идет о часто ассоциированных симптомах, которые могут выражать множественный смысл:

- первичное удовольствие деятельности на первой анальной или уретральной фазе (или вторичное расслабление удержания);
- эротизированное отношение с родителями по типу эrogenного или морального мазохизма;
- подтверждение или фаллического удовольствия у энуретического мальчика, или притязаний у девочки (Каннер хорошо подчеркнул различие между ажитированным и гиперактивным мальчиком и пассивной, нежной и противодействующей девочкой).
- мастурбаторный эквивалент сновидений, в которых представляется первичная генитальная (или анальная) сцена, фантазмы кастрации или соблазнения взрослым.

Сам же энкопрез (симптом более редкий и архаичный) четко связан со сфинктерным обучением (преждевременность дрессуры) и глубинным отношением родителей к анальности.

Фэйн (f 1011, с. 216) выделял различные портреты энкопретиков: анальные эротоманы, клошары, деликвенты, перверты.

Именно к последней категории, видимо, относится *функциональная мегаколония*, описанная Суле. Эти дети в связи со своим страхом утраты анального объекта вырабатывают извращенный механизм удержания (обратная дефекация в направлении, обратном перистальтике, — от прямой кишки к сигмовидной после анальной блокады). Это действие силь-

но эротизируется в бесконечной аутоэротической игре и удовольствии овладения собой и объектом ([101], с. 274). В этом можно увидеть негатив обсессивного невроза.

*Восприятие и моторика целиком* кажутся особым образом иротиво-загруженными при косоглазии, если они часто используются детьми с гиперкинезами в своей борьбе против тревожных родителей, подавляющих эти движения.

Некоторые виды прогрессирующей близорукости явно имеют функцию отношения (установление дистанции, размывание объекта как границы своего собственного тела, поиск деталей и пр.).

Заторможенное *мышление*, переживаемое как опасное у детей с *це-фалгиями* (расстройства у которых, дебютирующие в возрасте 6-8 лет, являются способом соматизации, аннигиляции фобического страха).

Стиль отношения детей с *мигреньями* сочетает сексуализацию мышления и зрения по фобическому типу со сверхзагрузкой моторной и пищеварительной системой, что определяет его сложность и его пограничный статус (см.: Ф. Гринэйкр [87]).

У детей с ожирением или эндокринными и пищевыми расстройствами *схема тела* является слабо загруженной, а оральный конфликт очевидным (наиболее высокого уровня это достигает у детей с диабетом, тяжелейшая кома у которых никогда не объясняется только трудностями добычи дозы инсулина и которые живут в тени смерти).

### **Специфика психосоматической организации у ребенка**

Прежде всего отметим, что очень маленький ребенок вначале располагает для самовыражения лишь телом и развитие психики, ментализация есть прежде всего *десоматизация*. Психосоматические расстройства у ребенка являются либо соматизацией, либо ресоматизацией (Шур). Даже после формирования Я соматический способ выражения всегда используется ребенком; родители терпят и даже иногда поддерживают этот способ выражения, всегда имеющий в детско-родительских отношениях одно значение (амбивалентное желание индивидуализации, ауто- или ге-геродеструкции). Тело как бы используется в виде места, куда проецируются и где на уровне, часто предшествующем репрезентации и символизации, сочетаются и сообщаются фантазмы родителей и ребенка (мы оказываемся, таким образом, в области истерии, но границы между истерией и психосоматическими расстройствами у детей значительно более подвижны, чем у взрослых). *Сам поздний выбор* тела как средства выражения определяется многими факторами: противоречивым или регрессивным характером родительских знаков, способом нарциссического функционирования ребенка (всегда существует нарциссическая несосто-

тельность, но последняя не всегда первична). Зато *выбор того или иного органа* или той или иной функции связан с чисто экономическими факторами {без вмешательства смысла, как при истерии}. Выбирается область, которая в данный момент *недо- или сверхстимулирована* собой или другим, чтобы заменить, продолжить или снять пока еще не либидо-низированное возбуждение (больной орган выполняет функцию первичного, позитивного или негативного аутоэротизма). И еще несколько слов об экономическом процессе ресоматизации в ее связи с нарциссизмом: ресоматизация, часто встречающийся у детей глубокий регрессивный процесс, происходит без загрузки нарциссическим либидо всего тела целиком; это больше чем псевдоподии амебы, это формирование *автономной операциональной функции* (М. Фэйн). И это происходит по эту сторону не только фантазма, но и нарциссизма.

— Существует ли *единство группы психосоматических расстройств*? Это единство сомнительно ввиду существования многочисленных факторов и структур, могущих иметь у ребенка психосоматическое выражение. Фэйн выделяет, в зависимости от отношения матери, три семейства расстройств ([101 ], с. 497). 1-е семейство: мать, не могущая создать противовозбуждающий щит,— следствием чего является бессонница — ищет физические (укачивание) или медикаментозные средства. Она приводит к спазмам рыдания и позднее к *механистической жизни*<sup>1</sup> и *сверхзагрузке фактичности* (обратимых у детей благодаря их возможностям либидинизации).

2-е семейство: сверхподавляющая мать (обращающая своего ребенка к состоянию плода), как следствие — отрицание реальности через галлюцинаторную реализацию желания в физическом присутствии сменяемого объекта. Это единственная мать, приводящая к *отношению аллергического типа*.

3-е семейство: отказ от регрессии во время питания: анорексия, чрезмерное психомоторное развитие, приводящее к дистанцированию с объектом и важности значения пространства.

— *Отношения с психосоматическими расстройствами у взрослых*. Психосоматическая организация ребенка значительно отличается от психосоматической организации взрослого.

1. Очень редко встречаются патогномичные знаки, выделяемые психосоматиками, работающими со взрослыми.

Например, *мимика фантазма* и сенсорная фиксация, когда они отмечаются у ребенка, указывают прежде всего на затруднения процесса мышления или его проработки.

<sup>1</sup> В оригинале: «vie opératoire» — операциональная, механическая жизнь: сочетание операционального мышления, эссенциальной депрессии (*прим. пер.*).

Операциональное, механистическое мышление, специфичное для психосоматических структур взрослых, не имеет никакого патогномонического значения для ребенка: порой это момент нормального развития. Чаще всего оно отсутствует при психосоматических организациях и, как правило, появляется у обсессивных пациентов.

2. *Аллергическое объектное отношение* существует (но не в полном виде) лишь у относительно взрослых детей с астмой и экземой.

Связи с истерией, напротив, часты и сложны.

■ *Заключение.* Психосоматические симптомы и типы организации у ребенка имеют огромное практическое значение (проблема профилактики на уровне яслей, советы по воспитанию и краткосрочная терапия для матерей).

Но современные клиницисты обращаются к этой проблематике прежде всего в связи со своими теоретическими интересами: по сути дела, они проводят что-то вроде спонтанного экспериментирования, позволяющего выдвинуть новые теории психической деятельности (хотя и существует постоянная обратная связь между теорией и клиникой). Мы увидели важные последствия на уровне теории нарциссизма (генез и функции первичного нарциссизма, связь нарциссизма и аутоэротизма, отношения одновременности и дополнительности между первичным и вторичным нарциссизмом, которые не должны расцениваться как последовательные).

#### ПСИХОПАТИЧЕСКИЕ И ПЕРВЕРСНЫЕ ТИПЫ ОРГАНИЗАЦИИ

Дети-психопаты? Этот термин может показаться морализаторским и шокирующим почти в той же степени, что и такие древние нормативные и фаталистические ярлыки, как «характерологический» или «перверсный» (термины, узаконившие сегрегацию и исключение всех неадаптированных детей, не являвшихся «правильными» дебилами). В реальности же многие дети, и в особенности подростки, используют *действие как исключительный способ выражения архаических влечений и не могут устанавливать устойчивых отношений с другими, без всякого чувства вины и интрапсихического конфликта*. Эти три момента — примат действия, отсутствие конфликта, неспособность к трансферу — определяют, как нам представляется, не только поведение, но и весьма рано устанавливающуюся специфическую организацию (и которая при определенных благоприятных условиях среды может никогда не проявиться в явном антисоциальном поведении).

■ **Примат действия.** Подобные типы организации функционируют двумя абсолютно различными способами: пока не существует проявления влечения и внешнего запрета, поведение выглядит относительно адаптированным к реальности и социальной группе, а у очаровательных, часто любезных и любимых детей иногда и сверхадаптированным. Затем внезапно происходит *короткое замыкание* (между влечением и действием), исключающее любой процесс ожидания, обхода, ментализации как во время проявления, так и после него (никакого аффекта, никакого фан-тазма, никакого чувства вины).

■ **Идентификация и перенос.** Подобные дети порождают у другого забавную амбивалентность: ребенок по модели взрослого позволяет себя обманывать, собой манипулировать, так же как и другие дети в группе, которых провоцируют (они выступают в роли «серых кардиналов», морализирующих и развращающих, вызывающих отреагирование у других, или же они являются трусливыми и заискивающими лидерами, капризными, меняющими фаворитов, и все это имеет весьма гомосексуальный оттенок). Подобный контртрансфер, трудности идентификации с подобными детьми хорошо демонстрируют, каковы их собственные трудности идентификации. Они одновременно испытывают огромную аффективную жадность, но разрушают любые отношения, как только они рискуют оказаться продолжительными, что при отсутствии невротического ядра влечет невозможность аутентичного переноса в анализе. Действуют выраженные амбивалентные оральные фиксации с их двойственностью жадности и садизма (с некоторой пристрастностью к медикаментам и токсикоманическим проявлениям, дебютирующим в подростковом возрасте).

■ **Страх и защиты.** Не существует ни чувства вины, ни проработанного, подлинно интегрированного страха (даже если он часто убедительно имитируется). Действие служит функцией избегания проявлений страха (о возможной деструктивности™ которого можно догадываться). Часто ссылаются на связь психопатии и психоза: нет ощущения, что психопатия на самом деле включает в себя риск расчленения (объект остается целостным, хотя и есть стремление к его разрушению), это скорее риск утраты объекта, который заранее дезинвестируется (без сомнения, для того, чтобы избежать возможности быть им дезинвестированным: я хочу сделать с тобой то, что ты, я боюсь, сделаешь в отношении меня). Общий момент с психозом, который может быть обнаружен,— это использование кляйновской *проективной идентификации*: даже если она не доходит до инвазии в другого, проекция в любом случае имеет двойную форму — проекция всемогущественного Идеала-Я на другого,

мгновенное отрицание всемогущества (Ван Тииль Годфринд [34], с. 49) и приписывание другому собственной персекуторной агрессивности: «только другой зол, он на что-то покушается». Но эта проекция лишь проживается,отреагируется способом, отличным от психотического, без создания и без представления неореальности. Фантазм оказывается, таким образом, отделенным от своего обычного репрезентативного элемента (и является ли он фантазмом?), транспонируется в действие, и именно акт занимает место фантазма.

Вся защитная система как бы создается для того, чтобы избежать страха, поддерживать и оправдывать чувство преследования (а не для того, чтобы получать наказание от другого, искупающее чувство вины).

■ *Метанпсихология.* В топологическом плане отсутствие генитального и интериоризованного Сверх-Я удивительно. Именно родители и общество образуют костыли псевдо-Сверх-Я, поскольку оно всегда остается извне. Сам же конфликт никогда не разворачивается между двумя интериоризованными инстанциями, он может рождаться лишь между Оно и реальностью. Конфликт остается «уравновешенным», поскольку ни одна из этих двух сторон не уничтожает другую. Мы пребываем в области нарциссизма и первичного мазохизма, несмотря на внешнюю зрелость Я.

Использование действия, видимо, имеет целью отрицание, с сиюминутным успехом, фактически очень ранней нарциссической несостоятельности (именно в этом механизме «отказа» можно усмотреть связь с перверсными организациями). Можно задать вопрос о том, что отделяет эти организации от психосоматических организаций, где отмечается несостоятельность того же порядка. Можно вместе с Ван Тиилем Годфриндом ответить, что речь идет о чисто экономическом различии: младенец, будущий психопат, загружает первичным и защитным образом в первую очередь моторику, нежели другие функции тела или все тело в целом. Отсутствие развития подобных организаций, монотонное повторение отреагирования позволяют наиболее отчетливым образом увидеть принцип константности в работе первичных процессов (каждое действие стремится наиболее коротким путем свести возбуждение к нулевой точке) и компульсию повторения, находящуюся, как и инстинкт смерти, *по сю сторону* любой либидинальной экономии (З. Фрейд *«По ту сторону принципа удовольствия»* [73]).

■ *Детские перверсии.* Известно, что Фрейд спровоцировал уже затихший (слишком?) сегодня скандал, рассматривая ребенка как «полиморфного перверта»: этим он хотел сказать, что, с одной стороны, нормальная детская сексуальность реализуется в виде множественных аспектов парциального влечения и не подчиняется примату генитальной любви (= по-



лиморфная сексуальность), а с другой — эта реализация осуществляется без чувства вины (отсутствие невротического страдания означает пер-версную структуру, являющуюся вследствие этого негативом невроза). Не составляя каталога различных форм перверсной активности ребенка, напомним некоторые связи между определенными формами данной активности и этапами развития (и специфическими механизмами защиты).

— Транзиторный объект, описанный Винникомом, является прототипом фетиша (Ажуриагерра [9], с. 428).

— На анально-садистической фазе появляется амбивалентность, моральный или вторичный мазохизм, либидинизированный садизм.

— Отрицание (отказ) женской кастрации приводит к трансвестизму, гомосексуализму, вуаеризму, эксгибиционизму и пр. Этот отказ (точно так же, как все упоминавшиеся перверсные формы активности) относится к фаллической фазе нормального развития (см. ч. I, гл. I). Отметим, что большая часть форм перверсного поведения биполярна или, скорее, имеет две неразложимые и взаимодополняющие стороны.

### РАЗЛИЧНЫЕ ТИПЫ ДЕПРЕССИВНОЙ И ПОГРАНИЧНОЙ ПСИХИЧЕСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ У РЕБЕНКА

**Введение.** Депрессивные типы организации не занимают у детей, по крайней мере в феноменологическом плане, центральное место, как у взрослых. Мы отмечали выше, что таким основным расстройством является дефицитарная структура.

Некоторые современные исследования продемонстрировали, в какой степени устойчивая дефицитарность является результатом «рубцовых изменений», возникших в результате динамической игры между *неврозом* и *психозом*. Это может привести к нозологическим гипотезам относительно устойчивой дефицитарности: рассматривать ее как депрессивную организацию или же как детский гомолог пограничных состояний у взрослых.

Проанализируем данную гипотезу более подробно.

*Сходство:* можно сравнить ш~ру между неврозом и психозом с общим недифференцированным ядром.

Более того, здесь мы встречаемся с одним и тем же типом объектного отношения, основанного на анаклицизме.

*Различие:* дефицитарная организация является конечным пунктом, зарубцевавшимся и израненным завершением долгого процесса (а не исходным пунктом, аструктурированностью, способной к множественному становлению). Чаще всего она имеет окончательный характер. Ее возможная декомпенсация обычно разворачивается лишь в психотической модальности. К тому же депрессивный страх слабо клинически выражен

у дебилов. Если только не иметь в виду, что дефицитарные организации используют для массивной противозагрузки депрессивный страх, не только вытесняя его, но и *отрицая*, уничтожая и делая недейственным.

■ *Явные депрессии* или депрессивные синдромы у ребенка могут свидетельствовать о психозе. Депрессии меланхолического типа у детей крайне редки. Конечно же существуют госпитализм и аналитические депрессии у очень маленьких детей, описанные Шпицем. После работ К. Шиланд анаклитические депрессии стали отмечаться у детей младшего возраста и школьников, доходя до хронических депрессивных состояний и выраженного торможения. С другой стороны, определенные тяжелые психосоматические поражения на уровне желудочно-кишечного тракта (перфорация язвы, язвено-геморрагический ректоколит) могли бы быть связаны с инкорпорацией внутреннего, пересеку горного, плохого объекта. Но при этом отсутствует как депрессивный объект, так и чувство вины, психическая боль и пр. Однако депрессивный аффект отмечается и в другом семействе расстройств: нарушения характера или настроения, где он может локализоваться в плохо выражаемом чувстве самообесценивания, отсутствии самоуважения.

Грубое суицидальное поведение, повторяющиеся несчастные случаи, наблюдаемые у маленьких детей, могут, напротив, рассматриваться как эквиваленты меланхолии. Таким же образом некоторые нарушения характера и поведения: некорректируемая ажитация, выраженная нестабильность, возбужденное или экзальтированное настроение — могут рассматриваться в качестве маниакальной защиты. Они могут отмечаться в раннем детском возрасте, предпоздностковом и подростковом периоде. Маль [120] убедительно показал, что частая смена объектов этого периода свидетельствует об уходе от привязанности и защите от интериоризированных фантазмов через колебание между *двумя реальностями* (внешней и внутренней).

*Метапсихология.* Все эти расстройства, которые мы перечислили, появляются в психике, в которой не всегда, ввиду объединения двух парциальных, расщепленных объектов (плохого и хорошего), реально сформирован целостный объект (М. Кляйн). Это значит, что граница между чисто меланхолической и депрессивной структурой у детей плохо поддается определению. Все эти организации страдают от нарциссического дефекта с его куда более многообразным, чем при меланхолии, выражением через тело и в теле. В типичных случаях одновременно существуют разочарование объектом, оттягивание либидо на Себя, а также инкорпорация этого объекта.

Как замечает Ажуриагерра, депрессия у детей очень часто приобретает обманчивое реактивное оформление (после траура, сепарации, на-

чала школьного обучения и пр.). Эта реактивная депрессия обманчива, поскольку она восходит к более ранней утрате объекта.

Основными механизмами являются *двойное обращение влечений* (обращение от объекта на себя и обращение любви в ненависть) и *разрыв* (т.е. важность значения агрессивности).

■ *Депрессивный аффект в развитии здорового и невротического ребенка.* С самого начала отметим, что зависимость и анаклицизм являются у детей нормальными как на «натуральных», так и культурных основаниях. Родители задаривают своих детей не только в зависимости от их потребностей и запросов, но и в восстанавливающих целях избегания проявления депрессии (весьма проективным образом, умеряя в другом боль, которую, как они полагают, ему причинили, и свою собственную нарциссическую рану). Достаточно увидеть, насколько родители чувствуют себя стесненными перед своим ребенком, как только речь заходит о проблеме смерти. Но этот вытесненный и отрицаемый страх смерти на самом деле, как это отметил Фрейд, восходит к страху кастрации родителей и ребенка. Депрессивный аффект занимает свое место, даже если оно замаскировано, при детском неврозе, исчезающем при нормальном развитии или структурирующемся во время латентного периода.

Депрессивный аффект играет у невротического ребенка две роли. Его можно рассматривать:

— либо как результат или свидетельство проработки фаллического страха и страха кастрации,

— либо как знак неудачи этой проработки.

Мы присутствуем здесь при начале расщепления и ослабления объектного образа, особенно характерного для случая неудачи вторичного вытеснения репрезентаций при истерии.

■ *Пограничные состояния или дифференцированные организации аналитического типа.* То, что у взрослых позднее ретроспективно ди-агносцируется как пограничные состояния, у детей представляет собой «немую» группу, кажущуюся нормальной. Даже если травматизация произошла, речь идет о чисто экономической, невыразимой, неоформленной, не подлежащей обращению в фантазм травме (хотя и выступающей для другого «богатой содержанием сценой»). Ее результат создает, как отмечает Ж. Бержере, псевдолатентность, которая феноменологически не отличается у ребенка от нормального или банального раннего созревания. Однако мы предполагаем существование (у детей) пограничных состояний, которым мы дадим очень ограничительное определение. Мы исключаем из этой группы не только те клинические сущности, ко-

торые более точный структурный анализ позволяет отнести либо к психозам, либо к неврозам, но и психосоматические, характерологические и перверсные организации, которые, как нам представляется, формируют у ребенка нечто большее, чем ответвления общего ствола: различные структуры, очень рано запечатлевающиеся в первичном нарциссизме (дефект соответствует очень ранней травматизации). Мы предпочитаем говорить скорее о *недифференцированных организациях анаклитического типа*, нежели о пограничных состояниях. Единство группы покоится не на уровне клинической нозографии (очень гетерогенной), а на постоянном существовании дефекта вторичного нарциссизма. Невозможно определить, соответствует ли этот дефект реальной травме, но защитная система, формируемая с тем, чтобы заполнить дефект, позволяет предполагать ее существование.

В клиническом плане выделяются два различных типа расстройств.

**Задержка аффективного развития, состояние зависимости** от окружающих (дети, едва прошедшие симбиотическую стадию), которое можно рассматривать как «дисзрелость» или незрелость, не структурированную ни по психотическому, ни по невротическому типу. Естественно, не следует слишком расширять нозологические рамки данного синдрома во избежание в некоторых случаях точного структурного анализа. Но его клиническая реальность кажется нам несомненной: речь идет об умственно сохранных детях, без нарушений контактов, без торможения, но эффективность и зависимость которых делают их похожими на ребенка младше двух лет.

**Фиксированные, непрогрессирующие дисгармонии.** Область негативных расстройств, в которую входит дефект либо интеллекта и познавательных функций, либо инструментальных функций (некоторые виды дизлексии), либо телесных, психомоторных функций (диспраксия, некоторые формы нестабильности, являющиеся способом постоянной борьбы против депрессии). На первом обследовании чаще всего не удается связать эти нарушения с нарциссической несостоятельностью. Ее позволяет предполагать особая неуспешность попыток инструментального переобучения (ортофонии и пр.).

К тому же инструментальные расстройства не связаны с осмысленным и понятным подавлением, не имеют смысла для ребенка, невыводимы из конфликта, существуют как элементарное экономическое нарушение. К той же группе фиксированных дисгармоний (а не в предпсихоз) можно отнести некоторые случаи «глупого» или «нелепого» поведения потенциально интеллектуальных детей, не страдающих от невротического подавления.

Таким образом, можно полагать, что на клиническом уровне у детей существует общее недифференцированное семейство расстройств. Именно действие травмы на это общее семейство (в смысле, определен-

ном в главе, посвященной «регрессии») может спровоцировать значительные изменения или новое структурирование либо по невротическому типу, либо по психотическому расщеплению Я. Но чаще всего этот вариант анаклитической организации не достигает Эдиповой фазы и без преград проходит через латентную фазу и пубертат, демонстрируя в детстве особенную прочность.

**Метапсихология.** Нижележащий депрессивный страх, запускающий одновременно постоянную работу аутонарциссической регуляции и зависимость, опирается (см. этимологию анаклитицизма) на объект. Речь идет об очень трудном структурном диагнозе (часто диагнозе развития или неразвития). Мы делаем одновременную отсылку ко второй фрейдовской топике (в отношении здоровой части Я) и топике нарциссизма. Его динамическое описание затруднительно: размерность конфликта часто кажется квазиотсутствующей; можно отметить лишь постоянную работу по заполнению или, скорее, ограничению нарциссического дефекта, созданию из него «вакуоли». Представляется, что здесь оценить случай в большей степени, чем где бы то ни было, позволяет чисто экономическое описание: загрузки гетерогенны, мозаичны или двухсекторны, и либидо, которое их поддерживает, является одновременно нарциссическим и относящимся к влечениям (порой слитным, порой нет).

Подобный ребенок зависит от своих объектов, с которыми он идентифицируется первичным, очень центростремительным способом инкорпации, без возможности их интегрировать в качестве эдиповских объектов.

Именно в этой структуре нарциссический дефект требует архаической и мегаломанической проекции Идеала-Я, клиническим проявлением которого будет либо «идеализирующий трансфер» на преобразенных родителей, либо формирование грандиозного Я-сам и зеркальный трансфер (Кохут).

#### ПСИХОТИЧЕСКИЕ ТИПЫ ПСИХИЧЕСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ

История идей и исследований детских психозов может быть сведена к двум противоположным направлениям.

1. Долгие бесплодные поиски *детской шизофрении*, с симптоматикой, скалькированной с симптоматики взрослых (параноидный бред, ка-татония и пр.).
2. Появление концепции *детского психоза*, который, становясь все более и более расширительным, захватывающим всю область детской психопатологии, часто игнорирует другую клинику (позволяет отрицать существование умственной отсталости, забывать о детских неврозах и пр.).

Мы постараемся оставаться в клиническом плане, в рамках клиники, наблюдающей некоторых странных детей, имеющих размытые контакты, задержки развития, дизгармоничных, тонкий, часто долгий структурный анализ которых дает возможность нам говорить о детском психозе. Обратим это клиническое и методологическое уточнение на два существенных для нас понятия:

а) крайнее клиническое разнообразие детских психозов;

б) их структурное единство.

Вслед за Ажуриагеррой можно определить детские психозы как различные **«динамические организации, которые под прикрытием ранней несостоятельности нарциссической составляющей, однажды, непосредственным образом или прогрессивно, проявляются в нерасчлененности субъекта и объекта, отсутствии границ Я, нерасчлененности влечения, реальности и фантазма»**. Эти организации в виде псевдодефицитарного или, напротив, сверхкреативного симптомокомплекса направлены лишь на безнадежную компенсацию нарциссизма и неустойчивую защиту субъекта от примитивного страха расчленения и от господства агрессивности и первичного мазохизма.

### **Клиника**

■ **Основные возрастные формы** (или декомпенсации). Как и большинство авторов, мы классифицируем их не только исходя из удобства изложения, но и потому, что, проявляясь в личности во время ее формирования, психотический процесс прежде всего блокирует развитие на том уровне, на котором ребенок находится: это то, что в той или иной степени объясняет дефицитарные проявления. Как представляется, можно выделить три критических момента: формирование Я и объекта, появление речи и начало школьного обучения.

**Основным ранним психозом** является аутизм каннеровского типа (см.: Ажуриагерра [9], с. 720) с его тотальным безразличием, устрашающим и опустошающим одиночеством, перемежающимся ненасытными поисками контакта. Желание поддерживать незыблемые пространственные ориентиры среди изменений, стереотипия неукротимой ажитации («единообразие», по Каннеру), ненасыщаемой активности, манипулирование неодушевленным объектом, буквально образующим часть тела и «самости» ребенка, отсутствие речи, имеющей коммуникативное значение (фонемы и произносимые слова имеют для ребенка лишь магическое значение; «я», знак приобщения к статусу субъекта, никогда не усваивается и может быть заменен на «ты» или «он»).

**Симбиотические психозы**, выделенные М. Малер [121], связаны с амбивалентной сверхзагрузкой ребенком матери. Покуда ребенок привя-

зан к своей матери (в симбиозе, котрый не является на самом деле слиянием и в котором существует начальное разделение между собой и другим), все относительно, по крайней мере внешне, хорошо, за исключением некоторых характерологических нарушений и расстройств сна. Как только возникает малейшее событие со стороны матери или ребенка, которое может подтолкнуть к сепарации или индивидуации элементы Диады, вместе с приступами тревоги и крайней амбивалентности появляется массивная регрессия ребенка, которая в результате определенного количества приступов приводит ко вторичному аутизму (аналогу других поздних вторичных аутизмов).

В это же время проявляются и **дефицитарные психозы**. В них обнаруживаются смешанные, а не соположенные:

1. *Знаки дефицит арного ряда*, такие, как неоднородное интеллектуальное отставание с дизгармонией навыков. Это отставание может или усиливаться, или оставаться фиксированным, но не поддается никаким ортопедагогическим попыткам, оказывающимся обычно успешными при работе с умственно отсталыми. Оно почти всегда сопряжено с психомоторными расстройствами, часто значительно превосходящими интеллектуальную дефицитарность. Эти расстройства связаны с грубой нарциссической несостоятельностью на уровне образа тела или безуспешными попытками борьбы с фантазмами расчленения, переживаемыми буквально на уровне самого тела (тогда любая попытка свободной продуктивной активности переживается как опасная).

В клиническом плане речь всегда идет о *диспраксии* с неврологическим субстратом или без него, изменчивость которой поразительна: в зависимости от отношений, установившихся с наблюдателем или ведущим, можно встретиться с совершенно удивительными неудачами и успехами. К тому же эти диспраксии часто способны к развитию, и их улучшение или ухудшение, возможно, является самым лучшим тестом терапевтической эффективности.

*Речевые расстройства* менее отчетливы, чем при аутизме, и дизартрия не всегда сопровождает неразделенность «я» и «ты», но речь редко имеет общее коммуникативное значение, а лишь направлена на избранное общение с привилегированными собеседниками и может внезапно регрессировать к аутичному языку.

2. *Инстинктивные расстройства*, развитие которых выражает также тип отношения: грубые сфинктерные расстройства, как энкапрез или выраженная анорексия, изменчивая, избирательная по отношению к опасной еде.

3. Всегда присутствующий *страх*, могущий принимать крайнюю форму панического ужаса, приступы самоповреждения (всегда связанные с попыткой слияния с телом другого, слияния, всегда в конечный мо-

мент переживаемого как опасное для ребенка или для другого). Это самоповреждение сопровождается недозагрузкой собственного тела, части которого не всегда опознаются ребенком как принадлежащие ему. Страх может быть, напротив, латентным и проявляться лишь через интенсивность отступления (и внезапно возникать в ответ на форсированное вторжение со стороны другого) или принудительный характер некоторых ритуалов, незабываемым образом организованных в пространстве и времени (мы обнаруживаем здесь необходимость в постоянных ориентирах или «единообразии» Каннера). В любом случае эти психомоторные расстройства, нарушения речи, ритуалы, проявления страха постепенно становятся более автоматизированными, утрачивают смысл по мере того, как психоз эволюционирует к фиксированному, зарубцевавшемуся дефекту. Но у умственно отсталых, в той или иной степени излеченных от психоза ценой массивной, конечной регрессии, всегда остается некоторая странность, слишком быстрый, слишком пристальный или, напротив, слишком бегающий взгляд.

**Перед латентной фазой можно выделить** два варианта клинической картины.

1. Истинная *прогрессирующая дизгармония*, т.е. такая, в которой исходная мозаичная клиническая картина отражает реальное расчленение на уровне Я и прогрессивно дезинтегрируется: ребенок одновременно сверходарен в одной области, полностью несостоятелен в другой, интеллектуален в крайне слитном объектном отношении (но быстро обнаруживается, что даже здоровая и гиперактивная область на самом деле полностью загружена первичным процессом). В других случаях когнитивные функции внешне выглядят нормально, но вне них отмечается выраженная изолированная, смещенная тревога или действие: отсюда частота ночных кошмаров, странных фобий телесного проникновения, и всегда обнаруживаются латентные трудности идентификации ребенка со своим телом. Как не существует и проработки, интеграции Я и примитивных фантазмов.

Среди этих дизгармоний встречаются дизгармонии, имеющие псевдоневротическое оформление, направленное на уменьшение страха, не являющегося ни страхом кастрации, на даже анальным страхом (в том виде, в каком он наблюдается у детей с настоящими Obsessia). Это в первую очередь странные, до крайности поглощающие, очень фиксированные и имеющие характер принуждения ритуалы. Сходные дизгармонии отмечаются на уровне различных инструментальных функций, т.е. обнаруживается тот же самый разрыв между дефицитными областями и областями, сверхзагруженными, преждевременно сверхразвитыми (но не интегрированными в личность). Это особенно характерно для речи, которая может быть очень богатой, очень рано развитой в смысле употребления терминов, но редко используемой в целях диалога,



даже если эта дискордантность и не так очевидна, как при наиболее ранних психозах. Сходную анархическую и неслучайную загрузку тела и моторики можно обнаружить в следующих синдромах: манерность, успешность сложных конструктивных проб, неприятие зеркального образа, беспокойство по поводу идентичности и содержимого тела (см.: Миз [128]).

2. *Предпсихозы* (мы говорим *пред*, поскольку психотическая манифестация пока еще не наступила, а возможности ее возникновения уже наличествуют до появления дезорганизирующей травматизации), поражающие своей некорректируемой нестабильностью, своей бесконечной и постоянной фантазматизацией без внешне проявляющейся тревожности, без барьера установленного Я, которое может его контролировать. Психотическая манифестация может быть на самом деле предусмотренной направленной терапией, порождающей *эдитификацию*, не являющуюся аутентичной Эдиповой фазой, и формирование «оболочечного невроза» (см.: Лебовичи, Дяткин [112]).

**Так называемые психозы латентной фазы**, как правило, связаны с началом школьного обучения, формирующего псевдотравму, которую всегда вспоминают домашние (порой весьма проективным образом), поскольку до начала школы эти психозы часто внешне немы. Клинически они крайне полиморфны, и их можно разделить лишь несколько искусственным образом.

1. Синдром *нестабильности—возбуждения*, в некоторой степени аналогичный тому, что наблюдается при более ранних предпсихозах. Их явный гипоманический оттенок особенно очевиден, но структурный анализ обнаруживает более или менее замаскированные психотические элементы (холодность контакта, поиски постоянных ориентиров и пр.).

2. Синдром *торможения—депрессии* достаточно оригинален. Торможение при контакте, в отношениях с другим, не приводящее к отчетливому аутизму, торможение мышления, активности, невозможность приобретения когнитивных навыков (часто интегрирующаяся в непонятную, но очень выраженную школьную неуспеваемость). Когнитивные и практические навыки не используются и не интегрируются, функционируя как анклав. Депрессивная тональность настроения очевидна и может выражаться либо в глубоком чувстве нарциссической нехватки и несостоятельности, либо в депрессивном страхе (в кляйновском смысле), который все же является прогрессом, попыткой восстановления по сравнению с шизопараноидным страхом.

3. *Псевдоневротические психозы*, крайне частые в этом возрасте, мимикрируют под большие классические неврозы: *невроз страха* с тревожным раптусом, деперсонализационной фазой; навязчивые *генерализованные фобии*, но проживаемые в холодной, изолированной атмосфере, описываемые с большой точностью, очень интеллектуализированно и

«скрупулезно»; беспокоящие *обсессии*, аналогичные обсессиям предшествующей фазы или, напротив, носящие характер рубцевания, в виде так называемых неврозов характера и пр.

Если проанализировать все расстройства латентной фазы, то в них можно всегда обнаружить дефицитарный компонент, прогрессирующий либо нет, связанный со школьной неуспеваемостью и незагрузкой интеллекта; речевые нарушения (частый мутизм, речь, имеющая аутоэротиче-ское значение); психомоторные нарушения, похожие на те, что встречаются при манерности взрослых шизофреников; дизгармония между телесным торможением и возможностями выполнения некоторых очень сложных, точных, но автоматизированных жестов. Именно в это время встречаются проявления бредового ряда.

Конечно, не классический параноидный делирий или галлюцинации, довольно редкие в этом возрасте, а прежде всего некоторые фантазмы, касающиеся тела (расчленение, разрушение, идентичность), тем мифологического родства, часто становящихся сюжетом семейных романов. Но если и не существует бреда в прямом смысле, тем не менее переживания ребенка всегда нереальны, сопровождаются разрывом с другим и увеличением стерильного, неком-муницируемого воображаемого.

Как нам кажется, все детские психозы имеют две общие характеристики:

1. *Антиисторический характер*, т.е. нормальное развитие ребенка резко сплющивается и в нем невозможно обнаружить, даже до психотической манифестации, никаких фаз нормального развития. Кажется, что ребенок, каким он выглядит и как его описывают родители, остается на протяжении месяцев и лет *идентичным*. Очень старые и актуальные проявления всегда существуют на одном плане и прямо ассоциированы.

2. *Почти явное существование расчлененного Я* (или, по крайней мере, его защитного расщепления, расщепления между областями, заполненными первичными процессами и психозом, и областями восстановления и защиты).

**Психозы подросткового возраста** практически не отличаются от психозов взрослых, отметим лишь трудности диагностики в этот период, поскольку нарушения идентичности у подростка (см.: Кестемберг [96]), имеющие явно психотический облик, иногда нормализуются без последствий.

### **Развитие**

Лонгитюдное наблюдение в течение длительного периода леченных детских психозов (в большей степени, чем уточнение анамнеза у взрослых) позволяет с большей вероятностью установить возможные формы развития.

## КЛИНИКА

■ *Аутизм* либо сохраняется, либо достигает атипичного объектного отношения (со своим странным асинтаксическим языком без «я»). Впрочем, отметим вслед за М. Малер, что благоприятное развитие в обязательные моменты плодотворной регрессии не направлено в сторону аутизма.

■ *Психозы* могут эволюционировать: а) либо к деменции;

б) либо к «простой» и «рубцовой» олигофрении (последняя уничтожает, как это часто отмечал Лебовичи, определенные впечатляющие черты детей, сверходаренных в эстетической области: поразительные поэты, восхитительные рисовальщики превращаются в простаков и конформистов);

в) либо к формированию странных мозаичных личностей, у которых противостоят друг другу сверхзагруженные области, где обнаруживаются удивительные умения (устный счет) и поразительные практические и когнитивные лакуны (и шизоидные черты);

г) либо к расстройствам характера;

д) либо к взрослым психозам;

е) либо к покровной невротизации чаще всего обсессивно-фобического характера, торможению и ограничению интеллекта и активности.

**Феноменология**

**Крайний полиморфизм детских психозов** поразителен. Этот полиморфизм не позволяет сгруппировать различные формы подобно психозам у взрослых: шизофрения в собственном смысле слова (как мы это видели) крайне редка. Не встречаются кататонический синдром и параноидные формы (бред в подлинном значении также крайне редок, и мы далее увидим почему). Некоторые же едва декомпенсированные защитные аспекты в психотических структурах, напротив, могут напоминать параноидальные черты.

Несколько важных **означающих** всегда присутствует в описании психотического ребенка. Это одновременно упорные и постоянно умножающиеся образы. Часто биполярные, они конденсируют в себе крайние противоположности. Вот некоторые из них.

— Мир окаменелых и гиперчувствительных объектов, бесконечное зеркальное умножение.

— Постоянная инверсия одушевленного и неодушевленного (отмеченная М. Малер: вещи воспринимаются как живые существа, а живые существа — как вещи).

— Мир, населенный механизмами, среди которых: ребенок-машина, электрические провода (см.: Джой у Б. Беттельгейма [22]), компьютеры. Ребенок тираничен и бессилён.

— Неловкая, но одаренная в самых простых жестах марионетка.

— Поэт с блистательным языком, восхитительный художник.

— Пустое, закрытое, но также полное, магическое. Подверженное тысяче влияний пространство, разрезаемое молниями, разражающимися со всех сторон. И в этом пространстве абсурдное, но настоятельное выделение незыблемых областей.

Отметим постоянное обращение содержащего и содержимого, приводящее к чему-то вроде пролиферации внутреннего пространства.

— Язык, который можно описывать с помощью тех же самых выражений, что и пространство: расщепленный, закрытый, асинтаксический; во всех его направлениях устанавливаются странные связи и конфликты. Язык-образ, бесцветный язык.

— Необратимое время, без обратного действия (как в неврозе), в котором, напротив, устанавливается постоянное «заранее» (А. Грин). Несостоятельность материнской поддержки (holding) мешает установлению «континуального чувства существования» и порождает угрозу аннигиляции (Винникот).

Тело, в которое в буквальном смысле **вписан** психоз. Рассогласованность, диссоциация, расчленение существуют не только в психике ребенка, но и в его отношениях с другим. Он буквальным образом видим, прочитываем *на и в* теле (это не значит, что мы пытаемся намекать на лицо, взгляд, жесты). Речь идет не только о теле ребенка, каким его видит наблюдатель или какое он демонстрирует ему или скрывает от него, речь идет о способе, каким ребенок его обживает, использует, передвигает: мы связываем с этим прописыванием психоза в теле и расчлененном пространстве нестабильность психотического ребенка. Можно также напомнить, что, по мнению П. Оланье Касториадиса, реальное тело психотического ребенка является простым продолжением материнского нарциссизма. Мать не может ни во время беременности, ни после осуществлять работу траура, поскольку ей нечего терять. «Видимо, существует определенная невозможность любой воображаемой репрезентации появляющегося ребенка: отношение может реализовываться между матерью и этой массой, находящейся внутри нее, что-то вроде телесного заполнения прибавочного органа».

**Ребенок-психотик и другой: «страх и контртрансфер».** Можно лишь удивляться постоянству очень тяжело формулируемого феномена, фиксируемого не только у самого ребенка, но у всех, кто пытается вступить в контакт с ним: постоянное появление специфического страха, от которого многие (и не только родители) энергично защищаются. Психотический ребенок существует в той же степени как расчленяющий и расщепляющий и как расчлененный и расщепленный.

Можно упомянуть другие образы, удачно отмечающие особенный характер контакта с ребенком: он переживается как пустота, бездна, удушье.

Подобное расчленение и расщепление обнаруживается не только на личностном уровне, но и на уровне институализации (Рекамье). Здесь проявляется практическое действие всемогущества проективной идентификации, настоящее внедрение и обладание объектом.

Розенфельд хорошо продемонстрировал, что *другой* представляет собой *содержащее* омертвляющей проекции и что именно в той мере, в какой это содержащее принимает это внедрение и не разрушается, может устанавливаться хорошее отношение с психотиком. Если попытаться проанализировать это переживание, его первое впечатление, то можно заметить, что оно скрывает другие ощущения. Находясь лицом к лицу с таким ребенком или около него, пребываешь в постоянном ощущении *чрезмерности* или *слишком мало*: чрезмерности интеллекта или чрезмерности глупости для реального уровня, слишком богатой или необычно отсутствующей речи, избыточности отточенных жестов или необъяснимой ригидности, сверхвыразительного, ничего не говорящего лица, блестящего и живого взгляда пустого тела, избытка любви, слишком большой отдаленности или приближенности. В этом одновременном богатстве и бедности постоянно видится, слышится, ощущается то, что старыми авторами называлось «дискордантностью». Беспокоящий характер перехода к немотивированным действиям, холодности, разрыв с тем, что происходило ранее (подлинное «истечение» влечений), также обостряет страх другого.

### Структура детских психозов

Мы обращаемся здесь не только к явным психозам, но и к возможным неммым психотическим структурам, скрытым, «безцветным» психозам (А. Грин).

■ **Генез и его иллюзии**, разоблаченные Вильдлешером ([136], с. 85). В реальности хаотический характер организации, столкновение различных стадий не позволяют точно датировать первое нарушение. В особенности это касается оральной стадии, которая доминирует в значительно меньшей степени, чем об этом говорится. Удивляет с самого начала смешение незрелости одних механизмов, задержка развития других и крайняя дизгармония, наблюдаемая на всей протяженности развития. Вот почему можно встретить аутентичные эдиповские проявления наряду с самыми архаическими чертами.

■ **Страх** — это, безусловно, страх расчленения, но это не его единственная характеристика. Часто речь идет об атематическом страхе, покрывающем самый ранний страх аннигиляции, невыразимый страх, про-

тив которого в жестко защитном стиле выстраивается все развитие. И, напротив, подобный страх проявляется через абсолютно неспецифическое содержание (у детей — в крайне банальной форме): Эдиповы темы, темы кастрации, манипуляции парциальным объектом, но эти темы переживаются в крайней степени интенсивности. Преждевременность некоторых механизмов, появляющихся до нормальной фазы созревания влечений, делает их либо недейственными, либо монструозными и гипертрофированными. К тому же возникает впечатление, что их цель и функции изменяются и они начинают служить чему-то другому: они становятся «обращенными», *первертированными*.

■ *Фантазмы* чаще всего не специфичны. Тем не менее можно встретить темы необычного происхождения: телесных трансформаций, всемогущества над миром и другими; то, что на самом деле имеет значение, — это постоянное смещение фантазма, сновидения, бреда. Эти три плана смешиваются как способ постоянного действия *галлюцинаторного желания*.

Неврогическая фантазматизация невозможна не столько по причине отсутствия определенного содержимого, сколько по причине того, что собственное «пространство» не создано и фантазмы являются чистым содержимым, которое выплескивается. Фантазматизация располагает единственно *эвакуаторной* функцией.

■ *Защиты*. Прежде всего отметим значение «символического уравнения», создающего спутанную и сплюсненную цепь означаемых, делающую невозможным достижение аутентичного символизма (вот почему эпитет «символический», приклеенный к этому уравнению, является на самом деле неудачным). При детском психозе встречаются обычные психотические защиты: отказ, проекция, проективная идентификация и пр. (которые позволяют другому, как мы это отмечали вслед за Розенфельдом, служить содержимым). Могут также отмечаться банальные и квазиневротические защиты: значение имеет не отсутствие или наличие той или иной защиты, относимой к определенному уровню, а ее роль, ее функция, которая весьма различна.

Отметим, однако, значение защитной трансформации (часто по анальному типу, см. данные Лебовичи и Мак-Дугал [111]) и эдипификации. К тому же в большом количестве случаев клиническую картину психоза можно рассматривать как результат компромисса между процессами аннигиляции и постоянной мобилизацией защит. Всегда присутствующая компульсия повторения играет не только негативную роль. При аутизме формирование абсолютного и автономного противовозбуждения обеспечивает выживание. Напомним также событий процесс, выделенный

Бионом и могущий иметь связь с инстинктом смерти: *приступ связывания*, который можно легко обнаружить в мышлении и деятельности психотического ребенка.

**В Психотическая экономия** есть экономика войны, в которой либиди-нозная и нарциссическая гемморагия выражена и постоянна. Тип инвестирования матерью очень специфичен (см. работы П. Оланье, цитированные выше), и ребенок составляет дополнительную часть материнского нарциссизма, не являясь к тому же для нее внешним объектом, на котором она бы модулировала разнообразные и структурирующие через свое разнообразие загрузки.

Два типа энергии, либидинальная и нарциссическая, таким образом смешиваются, и гемморагия может остановиться лишь двумя способами: либо через формирование барьера, противовозбуждающего щита, ригидного и омертвляющего (останавливающего внутренние стимулы в той же степени, что и внешние), либо через топологическую недифференцированность (внутри себя и между собой и миром). Но подобные решения не являются абсолютно успешными, что и влечет крайнюю ненасытность наших маленьких пациентов, воспринимающих в то же самое время любой внешний дар как проникновение: таким образом, они переносят лишь вклад нейтральной и неспецифической энергии (механическая и повторяющаяся стимуляция, стиль автоматического укачивания) или же такой не локализованной и не человеческой энергии, как музыка (в экстазе они могут часами слушать пластинки).

■ **Динамика.** С классической точки зрения основной конфликт (если его можно рассматривать как конфликт) — это конфликт между Оно и реальностью, в котором Я смешивается с Оно (З. Фрейд [73]). Можно, впрочем, также задаться вопросом о месте, где разворачивается этот конфликт, который в пределе не располагается нигде, во всяком случае ни в психике, ни между психикой и реальностью, ни в самой реальности.

■ **Топология.** То, что мы только что отметили по поводу места и инстанций, хорошо демонстрирует, что основным расстройством является разрыв обычных топологических рамок и попытка их воссоздания. Имеется в виду смешение первой и второй топики: предсознательное, далекое от того, чтобы быть связанным с вытеснением, с репрезентациями, смешивается с Оно. В рамках самой первой топики существует столкновение между предсознательным и бессознательным: как отмечал З. Фрейд, психотики трактуют репрезентации слов как репрезентации вещей. Первичные процессы не доминируют, как это можно было бы

предполагать, но сосуществуют с вторичными процессами, которые с трудом от них дифференцируются. В рамках второй топики можно было бы, конечно, отметить расчленение Я и особые отношения между содержащим и содержимым: последнее действует на первое (Бион). Именно таким образом можно представить отношения Оно-Я-реальность как совокупность последовательных невозможных включений, как отношения мыслительный аппарат-мышление-репрезентация. Мы присутствуем при постоянном преследовании мышления влечением, а Я — реальным объектом, который никогда не отсутствует и благодаря этому никогда не репрезентирован (отсюда значение абсолютно нереального идеального объекта, всегда расщепленного на эти два аспекта). Борьба может завершиться лишь абсолютным слиянием с очень архаическим Идеалом-Я.

То, что все же отличает детский психоз от взрослого, — это преждевременное появление процессов, неизбежно и более значительно искажающих интеллектуальные и практические возможности.

### НЕВРОТИЧЕСКИЕ ТИПЫ ПСИХИЧЕСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ

Анализ маленького Ганса при посредстве его отца позволил Фрейдю обнаружить у почти нормального ребенка фобии — симптомы семейства, считавшегося тогда невротическим. С тех пор, когда говорят «детский невроз», имеют в виду три различных явления.

**Знаки невротического круга**, появляющиеся и исчезающие в определенный момент в остальном нормального развития (фобии маленьких и больших животных, страх темноты, ночные кошмары, ритуалы укладывания или умывания). Эти черты кажутся при рассмотрении не вписывающимися ни в какую явную и устойчивую невротическую структуру и представляют собой случайности, эпифеномены. Действительно, эти симптомы мало загружены тревогой и подвижны. Игра влечений остается гибкой, Я достигает нормальной возрастной дифференциации, не отмечается торможения когнитивной деятельности и аффективных ограничений, исчезновения или внезапного появления фантазмов. Социализация личности (в семье и школе) осуществляется без серьезных помех, одинаково хорошо как на уровне взаимодействия, так и на уровне творческих возможностей. Лон-гитюдное исследование (как анамнестическое, так и катамнестическое) подтвердило доброкачественность этих знаков. В детской клинике никакой симптом не имеет диагностического значения сам по себе, в единственном числе; не следует преувеличивать значение одного из них и утверждать: фобия = фобический невроз, ритуал = обсессивный невроз.



С другой стороны, иногда встречается (на самом деле достаточно редко) **устойчивая невротическая организация**, подтвержденная структурным изучением и длительным наблюдением. Это и есть *детские неврозы*, которые мы рассмотрим далее.

Между этими двумя крайними возможностями находится то, что следовало бы назвать **квазифизиологическим «детским неврозом»**, составляющим плодотворный и практически обязательный момент нормального развития (преходящий момент, похожий на психоз первых месяцев жизни, описанный Кляйнианцами). Как он определяется? Как организация, которая в структурном плане имеет почти все характеристики невроза, но которая остается «открытой», обратимой без значительного психотерапевтического вмешательства, когда она возникает в гибкой, терпимой, семейной и воспитательной среде, мало невротизированной и не неврозогенной. Напомним, что при зависимости ребенка от родителей конфликты неизбежны (Лебовичи [113], с. 56), что эти конфликты порождают невротические симптомы, иногда очень развитые и сверх-дегерминированные (очень различными механизмами: одновременно собственно генитальным вытеснением и проявлением ирегенитальных влечений). Это именно те дети, о которых К. Шиланд [39] говорит, что они кажутся «функционирующими одновременно в регистре включения в реальность и в регистре фантазматической деятельности, гибко переходя из одного в другой». Этот невроз всегда «эгосинтонен». Он есть не что иное, как различные моменты (может быть, самые явные) нормального эдиповского кризиса. Он заимствует и использует серию масок, под которыми известны большие неврозы взрослых: ребенок, сначала фобический, становится затем истерическим и соблазняющим, чтобы выздороветь после прихода в школу через внешние проявления Obsessive упорядоченности (аутентичные неврозы являются, напротив, структурами закрытыми, со сцеплением и фиксацией на одной из стадий).

Настоящие невротические организации (детские неврозы) всегда очень многокомпонентны ([113], с. 92). В реальности можно видеть соединение фобических черт с чертами Obsessive, истерическая симптоматология может иметь Obsessive фасад. Они также порой экстенсивны (некоторые истерии). Наконец, они часто соединяются с различными нарушениями другого круга: инструментальными расстройствами, нарушениями поведения, психосоматическими заболеваниями. Не описывая заново неврозы, мы отметим несколько клинических аспектов, специфичных для такой организации у ребенка.

## ДЕТСКАЯ ИСТЕРИЯ И ИСТЕРИЯ СТРАХА

■ Подлинная *конверсионная истерия* достаточно редка у детей. Реально мы видим соматизацию, смешанную с невротическими и психосоматическими проявлениями. В этих рамках наблюдаются очень театральные невропатические приступы, неврологические нарушения (паралич в псевдоэпилептическом приступе эпилептиформной истерии). На самом деле интереснее рассматривать детскую истерию как драматизацию, постановку фантазма, как «язык», совершающийся *в теле и через тело*, в той мере, в какой «это является видимым или ирезентируется другому» (Ажуриагерра [9], с. 686). В этом случае тело является *инструментом*, а не *жертвой*, как у психосоматических пациентов (Рекамье).

Эта многоролевая драматизация может появиться, только если существует достаточная дифференциация инстанций и объектов (в том виде, в каком она устанавливается на Эдиповой стадии) и если конфликт выражается вытеснением или символизацией.

■ *Детский физиологический невроз чаще всего имеет истерическую форму*. Истерическое разрешение — одно из тех, что доступно ребенку: соблазнение взрослого или взрослыми, ненасыщаемость контактов с последующим отступлением, театрализация конфликтов и пр.

Эта истерическая фаза может воплотиться в структуре характера на протяжении всего периода детства и юности. Некоторые симптомы ребенка связаны с истерией: психогенный мутизм и сомнамбулизм, а также некоторые состояния помрачения сознания, для которых сложно провести границу с эпилепсией (см.: «эпилепсия» при «дефицитарных типах организации» с. 294).

■ *Границы истерии у ребенка*. Реально детские истерии часто не что иное, как маска, и генитальный характер данной структуры кажется весьма сомнительным: отношения с другим или, скорее, с другими эротизируются очень экстенсивным способом, без подлинного выбора. Поэтому следует рассматривать детскую истерию как расстройство идентификации, что выводит ее за строго невротические рамки и заставляет предполагать:

— либо депрессию у детей-симулянтов, поведение которых может доходить до самоповреждения;

— либо психопатию у ребенка-мифомана (перверсная мифомания которого значительно превосходит обычный и нормальный «семейный роман»).

— либо в некоторых случаях нижележащую предпсихотическую структуру.

■ **Становление истерической структуры у детей.** Взрослая истерия редко возникает у истеричного ребенка, обычно это случается после бессимптомных детских неврозов, квалифицируемых как «эгосинтонные».

Только реконструкция прошлого может позволить задним числом обнаружить или сконструировать истерическое ядро детства. Некоторые обсессивные неврозы, напротив, проявляются в детстве истерическими чертами.

По мнению Лебовичи, будущее детей-симулянтов может варьировать от нормы до психоза.

Истерические симптомы (мутизм, сомнамбулизм, припадки и т.д.) могут развиваться также в направлении психоза, грубых характерологических расстройств или истерии страха (называемой также фобическим неврозом).

Ребенка с истерическим характером, видимо, отличает слабость невротической проработки, соединенная с очень архаичным ядром регистра предпсихоза, депрессии или психопатии. Это ядро может сделать практически невозможным лечение в зрелом возрасте.

■ **Метапсихология детской истерии.** Истерию можно рассматривать как способ бытия, как метод борьбы с влечениями во время Эдиповой фазы. Ее связи с фаллической фазой очевидны для обоих полов. Тело здесь может обретать значение и место отсутствующего, подвергающегося угрозе или сверхценного фаллоса.

Можно также по аналогии с тем, что З. Фрейд называл различием в созревании Я и либидо при обсессивном неврозе, считать, что у истеричного ребенка имеется преждевременность либидинозного развития, соединенная со слабостью Я. В некоторых случаях эта преждевременность несомненна, в частности у девочек (демонстрирующих истерию одновременно более яркую и более безобидную по сравнению с истерией у мальчика, представляющей скорее формы, которые связаны с механизмами и к рассмотрению которых мы собираемся перейти).

Но детская истерия может иметь и другие функции: защиту против оральности и психоза. Она может быть фальшивой невротической манифестацией конформистского фальшивого // (*self*) (Винникот).

■ **Фобии и истерия страха.** Многочисленные фобии или похожие на них проявления находятся у ребенка вне невротической области (см. Малле). Тревогу восьмого месяца можно рассматривать как страх потерять материнский объект, страх, смещенный на незнакомое лицо. Ночные кошмары демонстрируют простые затруднения в управлении влечением при помощи оргазма, сенсорной разгрузки. В этих двух случаях не хватает одного из элементов фобии: либо тревоги перед запрещенным

генитальным влечением, либо смещения. С другой стороны, обнаруживаются псевдофобии психотического или предпсихотического характера, связанные с овладевающими страхами распада и телесной трансформации, вторжения другого (некоторые психотические дисморфофобии подростков).

Достаточно распространенные *школьные фобии* могут встречаться на двух крайних полюсах патологии. Они могут быть простой защитой против тревоги родителей видеть ребенка индивидуализирующимся, выбирающим другую модель идентификации, и симптом используется ребенком, чтобы удовлетворить регрессивные потребности, легко могущие стать предметом сделки, когда речь идет о родителях. Тогда фобия сопровождается интеллектуальным торможением. И, напротив, она может выражать очень архаичную тревогу и формировать начало психотического развития.

Парциальные фобии, относящиеся к области истерии страха, появляются на Эдиповой фазе и представляют собой «инструмент отграничения части пассивных генитальных влечений, которые не смогло сдержать Я». Они имеют функции защиты хорошего родительского образа (и пассивного, любовного отношения к нему) после расщепления и проекции агрессивности на фобогенный объект и часто проявляются у маленького мальчика. Современные авторы настаивают на низкой толерантности в семьях и нашем обществе к истерии страха у мальчика (ввиду «культурной» переоценки фаллоса и восхищения вирильностью). Даже в рамках детской истерии страха появляются элементы другого круга: фобии влечений, ритуалы и т.д.

#### ОБСЕССИВНАЯ ПСИХИЧЕСКАЯ ОРГАНИЗАЦИЯ

*Как проявляется обсессивный ребенок?* Это может быть мудрый, излишне мудрый ребенок, не вылезающий из словарей или бесконечно играющий в конструктор, свои коллекции бабочек или спичечных коробков, среди которых как порядок, так и беспорядок оказывается омертвляющим и поглощающим.

Рассудительный, дискутирующий и резонерствующий, он одновременно удовлетворяет и раздражает родителей, для которых интеллектуальные ценности имеют большое значение (потому что сами интеллектуалы или хотели бы ими быть). Раздражает и другое: игра в слова, страстные молитвы, навязчивые и абсурдные мании в туалете, игре, прогулках и укладывании спать. Все это кажется еще более абсурдным, так как неизвестно, на самом ли деле ребенок придерживается своих ритуалов или пытается их изменить, но в этот момент появляется тревога.

**а) Клинический обзор.** Обсессивная организация может иметь у ребенка множественные значения. Сначала она может быть нормальной стадией развития и способом адаптации ребенка к школе. Тогда речь идет только о ритуализации существования, умеренном дистанцировании от влечения и аффекта, доброкачественной интеллектуализации.

Обсессивная организация является способом выхода не только из банального детского невроза, но и из некоторых тяжелых фобий, некоторых предпсихозов или дизгармоний раннего детства (леченных или нет), вторично восполняемых ценой значительного торможения, ограничения аффектов и активности — более или менее устойчивой невротизацией, которую не стоит недооценивать.

Но эта организация далека от завершения своего развития, она может быть началом некоторых психозов, в латентной фазе имеющих обсессивную симптоматику, которая представляет собой последнюю, но часто удачную защиту против расчленения. Два типа симптомов: с одной стороны, странные и навязчивые ритуалы, затрагивающие всю семью, абсурдные коллекции, голосовые тики; с другой — фобии, насыщенные тревогой (агорафобии, фобии, касающиеся своего тела и его функций). Клиническая картина, даже если она навязчива в минимальной степени, с отсутствующей или нейтрализованной тревогой, может означать начало невротической эволюции. Но типичный обсессивный невроз не возникает ранее десяти лет. Как правило, он появляется в период латентной фазы и носит обсессивный характер, являющийся акцентуацией и фиксацией ранее упоминавшейся преходящей и физиологически обсессивной организации. Наблюдателю кажется, что обсессивная организация имеет две противоречивые, объединенные у ребенка стороны: она всегда колеблется между тревогой и отрицанием тревоги, между импульсивностью и совладанием, между неряшливостью и чистоплотностью, порядком и беспорядком, между рациональной мыслью и магическим всесилием.

**б) Значение обсессивной организации.** Она может проявляться лишь через изучение воспитательных «методов» и социальных и школьных идеалов. Действительно, как показали Лебовичи и Дяткин [108], воспитание маленького ребенка имеет целью обучение *ритуалам* (питание, чистота, правила мочеиспускания и дефекации). Чтобы снискать любовь родителей, ребенок подчиняется этим ритуалам, интериоризирует их. Он также может использовать их агрессивным способом. Наконец, с целью овладения и защиты он вырабатывает другие ритуалы (определенные повторяющиеся игры, аналогичные игре с катушкой). Он создает свое понятие времени. Отметим в заключение, что большая часть педагогических методов оценивает интеллект по способу мышления, явля-

ощемуся в большей или меньшей степени обсессивным мышлением, к изучению которого мы теперь переходим.

**в) Обсессивное мышление.** Перечислим кратко его характеристики: фрагментация мира на его абстрактные элементы, придание большого значения репрезентативным и визуальным аспектам, установление дистанции с объектом, аффектом и влечением. То есть *изоляция*. Мышление обсессивного ребенка очень похоже на «операциональное мышление» взрослых психосоматических пациентов. Это мышление разворачивается не просто в геометрическом пространстве и времени, а в отделенных друг от друга, параллельных и почти эквивалентных пространствах (в то время как опыт, в большей степени инвестированный в либидинозном плане, разворачивается в пространстве-времени, являющемся единым, взаимопроникающим). Можно вспомнить по этому поводу *ретроактивную аннуляцию*, являющуюся, по сути, способом овладения прошлым, магическим подтверждением невозможной обратимости времени.

Всегда между строк можно обнаружить это желание овладения, всемогущества: *управление взглядом* (который создает дистанцию, избегает контакта). Тревожный вопрос о теле, о его содержимом (характерный для ребенка) приводит к формированию очень механистичного образа своего тела.

**Метапсихология.** Известно, что З. Фрейд [79] настаивал на достаточно раннем созревании Я (по сравнению с влечениями) у обсессивных личностей: клинически это кажется очевидным для такого раннего и разумного ребенка.

Тревога проявляется не всегда, поскольку обсессивная личность структурирует себя именно таким образом, чтобы избегать, изолировать, вытеснять эту тревогу. Но если удастся ее уловить, то она проявляется в двух формах: тревога перед строгим Сверх-Я, осуждающим влечения, и тревога утраты объекта, страх потери управления этим объектом как управлением крайне амбивалентными влечениями. Отсюда колебание между желанием разрушения и желанием созидания, колебание между сдерживаемой активностью и пассивностью (гомосексуальный оттенок которой особенно очевиден у ребенка). Сознательный фантазм занимает мало места, ребенок отвергает фантазии, волшебные сказки, отрицает, что у него могут быть мечты.

Таким образом, вся организация кажется структурированной как более или менее устойчивый компромисс (напомним вслед за Руаром пример ритуала — компромисса между овладением и подчинением, принятием и отвержением принуждения). То, что мы назвали обсессивным мышлением, хорошо показывает, что мышление сверхзагружено по сравнению с другими секторами, в особенности по сравнению с действием (отсюда подавление действия, непрерывные сомнения, затруднения начала действия, аннуляция действий и т.д.).

**Введение.** В этой главе будут рассмотрены общие проблемы, которые характерны для детской психотерапии, только в качестве информации, без обсуждения проблемы техники как таковой.

■ **Необходимые условия.** К 1930 году, к моменту возникновения детского психоанализа, возник спор о существовании аналитического процесса у ребенка. Анна Фрейд отвечала на этот вопрос отрицательно и утверждала, что необходима достаточно длительная подготовительная фаза для установления переноса, фаза, во время которой терапевт не является абсолютно нейтральным — то, что она с упреком характеризовала как «технику соблазнения». М. Кляйн, напротив, утверждала, что перенос может устанавливаться с первой встречи, благодаря непосредственной и глубокой интерпретации скрытого содержания речи и игры ребенка. С того времени две позиции частично сблизились и существование процесса и переноса более не отрицается с учетом его специфики.

Возраст ребенка, его речевой уровень делают материал, предоставляемый ребенком, очень отличающимся от материала, предоставляемого взрослым, чистого и обязательно вербального: опосредствование игрой, куклами, маленькими солдатиками, марионетками, рисунком, как правило, необходимо, но куда менее продолжительно, чем это полагают. Важно, чтобы терапевт сам отвечал как можно меньше своим поведением на поведение ребенка (за исключением определенных случаев), чтобы он анализировал постоянно для себя самого нижележащие неосознаваемые фантазмы и уровень переноса так, чтобы в случае необходимости сделать вербальные интерпретации на языке, доступном ребенку. Особенно наглядный пример такой техники и ее результатов дает книга Дяткина и Симона «Ранний психоанализ» [52]. Мы остановимся на том моменте, где они говорят о процессе лечения ребенка. Для них тревога ребенка является следствием противоречия между парциальными влечениями, первичной идентификации, с одной стороны, и желанием обладания и вторичной идентификацией — с другой. Любое вмешательство должно быть направлено на это противоречие (а не сосредоточиваться на архаичном или эдиповском материале) и быстро модифицировать трансфер.

Эти интервенции, сделанные в текущий момент, экономически воздействуют на точки фиксации и конфликтов инстанции, на деятельность Я, которую можно загружать удовольствием от новых способов функционирования, даже если они не закреплены в прошлом. Лечение будет закончено только тогда, когда изменения, наблюдающиеся терапевтом в рамках сеанса, переместятся в реальную жизнь. Трудность такого лечения состоит не только в его проведении, но и в оценке результата: впро-

чем, некоторые клиницисты как с исследовательской целью, так и для оценки состояния до, во время и после лечения используют индекс Hampstead Clinic, разработанный Болландом и Сандлером [28], неудачно переведенный как *Психоанализ двухлетнего ребенка*. (Этот психоанализ на самом деле является лишь иллюстрацией данного индекса.)

■ **Различные формы.** Психоанализ ребенка в той идеальной форме, в какой мы его только что описали, является длительной, тяжелой и дорогостоящей процедурой. Попробуем составить перечень других психотерапевтических направлений.

Формы, ориентированные **только на ребенка**: психотерапия или па-рапсихотерапия.

— При *длительном* лечении можно, кроме классического анализа, применять индивидуальную аналитическую психодраму (Лебовичи) с несколькими терапевтами. Основные показания — психоз или дисгармонии развития ребенка.

— При *кратковременном* лечении, кроме аналитически ориентированной психотерапии ребенка, ■ и главным образом подростка (активные методы анализа на основании конфликтов и идентификации, разработанные П. Малем), терапевтическая консультация (предложенная Виннико-том), где через всякого рода каракули, рисунки и пр. проясняются базовые конфликты и «мечты».

— Инструментальное переобучение на уровне языка и на уровне тела (в том числе релаксация) часто становится «замаскированной» психотерапией начиная с того момента, когда оно сосредоточивается на аспекте, касающемся отношений, и осуществляется достаточно восприимчивыми, имеющими соответствующее образование и контролируруемыми специалистами.

Варианты, направленные на **отношения мать—ребенок**, родители— дети или воспитатели—дети.

— Состояние при психосоматических нарушениях раннего возраста могут в целом улучшаться после серий *бесед с родителями*. Таким же образом психотерапия раннего возраста в той форме, в какой она была систематизирована Малем и А. Думик, происходит в присутствии матери, принимающей в этом участие [119].

— Все краткосрочные методы психотерапии, изложенные, в частности, в недавнем обзоре Крамера, применяются как к родителям, так и к детям ([43]).

— Группы *обсуждения случаев*, центрированные на отношении воспитатель—ребенок или взрослые—дети и объединяющие либо врачей-терапевтов, педиатров, либо воспитателей (или преподавателей), представляют собой чрезвычайно ценный *опосредствующий* инструмент, за-



служивающий того, чтобы быть обобщенным, так как они позволяют не только предупреждать вредное для ребенка негативное отношение, но и регулировать некоторые конфликты прежде, чем они становятся повторяющимися. Подобные группы должны всегда собираться вне стен учреждения и вестись лицом, не работающим в нем.

Подобные терапевтические группы могут также включать самих родителей.

— Семейная психотерапия: очень модное течение, направленное на болезненную группу целиком. В ней часто используют разнородные понятия, заимствованные из теории коммуникации, психоанализа и антипсихиатрии (см.: Хошман [92]).

Варианты, ориентированные на сами **учреждения**.

— *Институциональная психотерапия*: мы хотели бы разоблачить теоретический и технический мираж, который она собой представляет. В действительности нам кажется чрезвычайно опасным использовать в институциональной области понятия и методы аналитического лечения и диалогические отношения, лежащие вне этой области.

— *Пирамидные* и *моноцентрические учреждения*, вдохновленные психоаналитическими идеями: это, в частности, относится к ортогенетической чикагской школе, созданной Беттельгеймом целью постоянного присутствия на всех планах (руководство учреждением, контроль лечения, осуществляемый самими воспитательницами, обсуждение случаев, обучение персонала и т.д.). Непонятно, как транспортировать такую схему и приумножать такие учреждения, если не найти сотен Беттельгеймов...

— Учреждения, где психоаналитик со стороны присутствует как консультант и контролер (см.: Рекамье [140]).

*Терапевтические сообщества*, устроенные по схеме Вудбери, где группа воспитателей и воспитанников вместе анализирует ситуацию и принимает коллегиальное решение. Это представляется приемлемым только в учреждениях для подростков с достаточным уровнем умственного развития (Люстен [117]).

■ *Заключение*. Каково место, занимаемое психотерапией в детской клинике? На самом деле гораздо менее значительное, чем можно предположить, особенно если под психотерапией понимать психоанализ или аналитическую психотерапию. Эти методы имеют относительно ограниченные (в структурном плане) показания и требуют соблюдения всех благоприятных условий (постоянство и стабильность семейной среды; отсутствие вредных негативных установок у родителей, яростно отвергающих анализ их ребенка; присутствие достаточно образованного терапевта).

Однако довольно часто в учреждениях, как и во многих семьях, культивируется магическая вера (реально очень агрессивная) во всемогуще-

ство психотерапии. Эта установка, при помощи которой они хотели бы освободиться от ребенка, от проблемы его отношений с другими, его неудач, и эта вера не более благоприятна для лечения, чем осознанная враждебность.

Зато все диагностические, реабилитационные и педагогические вмешательства по отношению к детям должны по мере возможности направляться психодинамическими принципами: речь, конечно, идет не о психотерапии (как результат определенной инфляции это слово часто используется без разбора), но это позволяет в полной мере уважать богатство бессознательного и инстинктивного в ребенке, учитывать его фан-тазмы, его тревоги и защиты, «угадывать» то, что следует делать, и в особенности то, чего не следует делать...

#### БИБЛИОГРАФИЯ

- [1] Aabelin (E.). — *Esquisse d'une theorie etiopathogenique des schizophrenes*. Toulouse: Privat, 1971-1,
- [2] Ajuriaguerra (J. de), Borel-Maisonny (S.) et Stamback (M.). — Le groupe des audimutites // *Psychiatr. enfant*. Paris.
- [3] Ajuriaguerra (J. de), Guignard (P.), Jaeggi (A.), Kocher (P.), Maquard (M.), Pau-Nier (A.), Quinodoz (D.), et Sions (E.). — Organisation psychologique et troubles du developpement du langage // *Probl. de psycholinguistique*. Paris: P.U.F., 1963, p. 119-142.
- [4] Ajuriaguerra (J. de), Diatkine (R.), et Kai.manson (D.). — Les troubles du developpement du langage au cours des etats psychotiques precoces // *Psychiatr. enfant*. 1959,2-1, 1-65.
- [5] Ajuriaguerra (J. de), Jaeggi (A.), Guignard (P.), Maquard (M.), Roth (S.) et Schmid (E.). — Evolution et pronostic de la dysphasie chez l'enfant // *Psychiatr. enfant*. 1965,8, p. 391-453.
- [6] Ajuriaguerra (J. de), Inhelder (B.), et Sinclair (H.) — L'ontogenesc du langage // *Rev. prat*. 196.5, 15-17, p. 2241-2250.
- [7] Ajuriaguerra (J. de) et coll. — Le choix therapeutique en psychiatic infantile. Paris: Masson, 1967.
- [8] Ajuriaguerra (J. de.). — *Manuel de psychiatrie de l'enfant*. Paris: Masson et C, 1971.
- [9] Alby (J. M.). — L'obesitc chez l'enfant // *Psychiatr. enfant*. 1958, 3-1, 310330.
- [10] Anthony (J.). — An experimental approach to the psychopathology of childhood: autism // *Brit. J. Med. Psych*. 31, n° 3 and 4.
- [11] Arlow (J. A.) and Brenner (C). — The psychopathology of psychosis: a proposed revision // *Int. J. Psychoanai*. 50, 5-14.
- [12] *L'attachement*. — 1974, Delachaux et Niestle, Neufchatel.
- [13] Aubry (J.) et coll. — *La carence de soins maternels*. Paris: P.U.F., 1955.
- [14] Bateson (G.) et coll. — *Toward a communication: theory of schizophrenia*: BehauSC, 1, 151-264, 1956.

- [15] Bender (L.). — *Agression, hostility and anxiety in children*. C Thomas, Springfield III. [16] Bender (L.). — *Psychopathic behavior disorders in children // Handbook of correctional psychology*. New York: Philosophical Library, 1947. [17] Bender (L.). — *A dynamic psychopathology of childhood*. Springfield: Ch. Thomas Edit., 1954. [18] Bergeret (J.). — *La personnalité normale et athologique*. Paris: Dunod, 1974. [19] Bergeret (J.). — *La depression et les etats limites*. Paris: Payot, 1975. [20] Bettelheim (B.). — *Love is not enough*. New York: Free press, 1953 / Trad, fr.: *L'amour ne suffit pas*. Paris: Reunis, 1970. [21] Bettelheim (B.). — *The truands from life*. New York: The free press, 1955 / Trad.fr.: *Les evades de la vie*. Paris: Fleurus, 1973. [22] Bettelheim (B.). — *The empty Fortress*. New York: Free Press, 1967 / Trad, fr.: *La forteresse vide*. Paris: Gallimard, 1969. [23] Birring (C. L.) et coll. — (1961) A study of the psychological processes in pregnancy and of the earliest mother clud relationship // *Psychoanal. Studchild*. 16, p. 6-27. [24] Bion (W. R.). — *Learning from experience*. London: William Heinemann Medical. Books Ltd. [25] Bion (W. R.). — *Attacks on Linking // Int. J. Psychoanal*, 40. [26] Bion (W. R.). — *A Psycho-Analytic Study of Thinking // Int. J. Psychoanal*, 43. [27] Blos (P.). — *The concept of acting-out in relation to the adolescent process // J. Child Psychiatry*, 1963, 2, n° 1. [28] Bolland et Sandler. — *77re Hampstead psycho-analytic index*. New York: International university press, 1965 / Trad, fr.: *Psychanalyse d'un enfant de deux ans*. Paris: P.U.P., 1973. [29] Bourdier (P.). *La cephalée de l'enfant ou contribution a l'etude des etats premorbides de l'enfance // Rev. franc. psychanal*, 1962, 26, 633-654. [30] Bowlby (J.). — *Maternal care et Mental Health / Trad.fr.: Soins maternels et same mentale*. Can. OMS, Geneve, 9151, Monog. n° 2. [31] Bowlby (J.). — *Forty four juvenile thieves, their characters and home life*. London: Bailliere Tindall et Cox, 1946. [32] Bowlby (J.). — *L'anxiété de la separation // Psychiatr. enfant*, 5, n° 1 1962, p. 317-335. [33] Bowlby (J.). — *Attachment and Loss*. Vol. 1: Attachment, 1969. London: Hogarth Press; New York: Basic Books. [34] Braunschweig (D.), Lebovici (S.) et Vanthiel Godfrind (J.). — *La psychopathie chez l'enfant // Psychanal. enfant*, 12, fasc. 1, 1969. [35] a) Braunschweig (D.) et Fain (M.). — *Eros et Anteros*. Paris: Payot, 1971. [35] b) Braunschweig (d.) et Fain (M.). — *La nuit et le jour*. Paris: P.U.F., 1975. [36] Burlingham (D.) et Freud (A.). — *Enfants sansfamille*. Paris: P.U.F., 1949. [37] Cahn (f.). — *La relation fraternelle chez l'enfant*. Paris: P.U.F., 1962. [38] Carence soins maternels, reevaluation de ses effets — *Cah.OMSn»* 14, 1961. [39] Chiland (C.). — *L'enfant de six ans et son avenir*. Paris: P.U.F., 1971. [40] Corboz (R. J.). — *Les syndromes psycho-organiques de l'enfant et de l'adolescent // Psychiatr. enfant*, 1966,9/1, 1-88.

- [41] Cosnier (J.). — A propos du livre de Maud Mannoni: l'enfant arriereet sa mere // *Rev. franc, psychanal.*, 29, 1965, n° 2-3, p. 305-310.
- [42] Cosnier (J.). — Investissements narcissiques et objectaux // *Rev. franc, psychanal.*, 1970, 24, n° 4, jUfflet.
- [43] Cramer (B.). — Interventions therapeutiques breves avec parents et enfants // *Psychiatr. enfant.* 1974, 17, 1, p. 53-1 17.
- [44] Danon-Boileau (M.) et LAB (P.). — L'inhibition intellectuelle // *Psychiatr. enfant.* 1968, 10/2, p. 539-554.
- [45] David (M.) et Pppel (G.). — La relation merc-enfant // *Psychiatr. enfant.* 1966, 9, fasc. 2, p. 445-533.
- [46] Diatkine (R.). — La signification du fantasme en psychanalyse d'enfant // *Rev. franc, psychanal.*, 15, n° 3, p. 325-343.
- [47] Diatkine (R.), Stein (C.) et Kalmanson (D.). — Psychoses infantiles. E.M.C. *Psychiatric* 1959, 37299, M. 10.
- [48] Diatkine (R.) et Pavreau (J.). — Le psychiatre et les parents // *Psychiatr. enfant.* 3, n° 1, p. 227.
- [49] Diatkine (R.). — Agressivite et fantasmcs agressifs // *Rev. franc, psychanal.* 30, n° special, Paris, 1966.
- [50] Diatkine (R.). — Du normal et du pathologique dans revolution mentale de l'enfant // *Psychiatr. enfant.* 10, n° 1, p. 1-21, Paris, 1967.
- [51] Diatkine (R.) et Simon (J.). — Etude nosologique, a propos de trois cas de pho-bies chez des adolescents // *Psychiatr. enfant.* 1966, 9/2, 2289-339.
- [52] Diatkine (R.) et Simon (J.). — *La psychanalyse precocc* Paris: P.U.F., 1972.
- [53] Dolto(f.). — *Psychanalyse et pediatric* Paris: Seuil, 1971.
- [54] Donnet (J. L.) et Green (A.). — *L'enfant de da.* Paris: Ed. de minuit.
- [55] Erikson (E.). — *Childhood and society.* New York: Norton inc, 1950.
- [56] Fain (M.) — Prelude a la vie fantasmatique // *Rev. franc, psychanal.* 35, 2/3, p. 291-368, 1971.
- [57] Freud (A.). — *The psychoanalytical Treatment of children.* 1946, London Imago Publishing Co / Trad, fr.: *Le traitement psychanalytique des enfants.* Paris: P.U.F., 1951.
- [58] Freud (A.). — *Dos Ich und die Abwehrmechanismen,* 1946, London Imago publishing Co Ltd. / Trad, fr.: *Le moi et les mecanismes de defense.* Paris: P.U.F., 1949.
- [59] Freud (A.). — *Normality and pathology in childhood.* 1965, London: International Universities Press inc. / Trad, fr.: *Le normal et le pathologique chez l'enfant.* Paris: Gallimard, 1968.
- [60] Freud (S.). — *Uber Deckerinnerungen,* C-W., I, (1899) / Trad, fr.: *Sur les souvenirs-ecrans,* in *Nevrose, psychose et perversion.* Paris: P.U.P, 1973, p. 113-132.
- [61] Freud (S.). — *Die Traumdeutung.* 1900, G. W. II-III, 1-700, S.E. IV-V, 1-361 / Trad, fr.: *L interpretation des reves.* Paris: P.U.F., 1967.
- [62] Freud (S.).—*Drei Abhanlungen zur Sexualtheorie.* 1905, G. W. V, S. E. III / Trad, fr.: *Trois essais sur la theorie de la sexualite infantile* Paris: Gallimard, 1949.
- [63] Freud (S.). — *Analyse der Phobie eines funfjahrigen Knaben,* 1909, G. W. VII, 243-377, S. E. X, 5-149 / Trad, fr.: *Analyse d'une phobie d'un petit garcon de cinq ans: le petit Hans* in *Cinq Psychanalyses.* Paris: P.U.F., 1954.

- [64] Freud (S.). — *Der Familienromander Neurotiker*, 1909, G. W. VII / Trad, fr.: *Le roinan familial des nevroses//Nevrose, psychose et perversion*. Paris: P.U.F., 1973, p. 157-160. [65] Freud (S.). — *Eine Kindheitserinnerung des Leonardo da Vinci*, 1909, G. W. VIII, S.E. XI / Trad, fr.: *Un Souvenir d'enfance de Leonard de Vinci*. Paris: Gallimard, 1927. [66] Freud (S.). — *Die disposition zur Zwangsneurose.,19i'3*, G. W. VIII, S. E. XII. Trad, fr.: *La disposition a la nevrose obsessionnelle //Nevrose, psychose et perversion*. Paris: P.U.F., 1973, p. 189-197. [67] Freud (S.). — *Zur Einföhrung des Narzissmus*, 1914, G. W. X, S. E. XIV / Trad, fr.: *Introduction au narcissisme //La vie sexuelle*. Paris: P.U.F., 1969, p. 81-105. [68] Freud (S.). — *Triebe und Triebchicksale*. 1915, G. W. X, S. E. XIV / Trad. fr. *Les pulsions et leurs destins // Metapsychologie*. Paris: Gallimard, 1952, p. 25-66. [69] Freud (S.). — *Die Verdrangung*, 1915, G. W. X, S. E. XIV /Trad, fr.: *Le refoulement //Metapsychologie*. Paris: Gallimard, 1952, p. 67-90. [70] Freud (S.). — *Das Unbewusste*, 1915, G. W. X, S. E. XIV /Trad, fr.: *L'incons-cient//Metapsychologie*. Paris: Gallimard, 1952, p. 91-161. [71] Freud (S.). — *Aus der Geschichte einer infantile Neurose*, 1918, G. W. XII, S. E. XVII / Trad, fr.: *Extrait de l'histoire d'une nevrose infantile: Vhomme aux loups// Cinq psychanalyses*. Paris: P.U.F., 1954, p. 325-420. [72] Freud (S.). — *Ein kind wird geschiageri*, 1919, G. W. XII / Trad, fr.: *Un enfant est battu // Nevrose, psychose et perversion*. Paris: P.U.F., 1973, p. 219-243. [73] Freud (S.). — *Das Ich und das Es*, 1923, G. W. XIII, S. E. XIX /Trad, fr.: *Le Moi et le Ca// Essais de Psychanalyse*. Paris: Payot, 1951, p. 76-162. [74] Freud (S.). — *Der Untertragung des «Odipluskomplexes»*, 1923, G. W. XIII, S. E. XIX / Trad, fr.: *La disparition du complexe d'CEdipe //La vie sexuelle*. Paris: P.U.P., 1969, p. 117-122. [75] Freud (S.). — *Die infantile genital organisation*, 1923, G. W. XIII, S. E. XVIII / Trad, fr.: *Vorganisation genitale infantile // La vie sexuelle*. Paris: P.U.F., 1969, p. 113-132. [76] Freud (S.). — *Der Realitatverlust bei Neurose und Psychose, 1924*, G. W. XIII / Trad, fr.: *La perte de la realite dans la nevrose et dans la psychose //Nevrose, psychose et perversion*. Paris: P.U.F., 1973, p. 299-303. [77] Freud (S.). — *Das okonomische Problem des Masochismus*, 1924, G. W. XIII / Trad, fr.: *Le probleme economique du masochisme // Nevrose, psychose et perversion*. Paris: P.U.F., 1973, p. 287-297. [78] Freud (S.). — *Die Verneinung (La negation)*, 1925, G. W. XIV, S. E. XIX. [79] Freud (S.). — *Hemmung, Symptom und Angst*, 1926, G. W. XIV, S. E. XX /Trad. fr.: *Inhibition, symptome, angoisse*. Paris: P.U.F., 1965. [80] Freud (&.). — *Über libidinose Typen*, 1931, G. W. XIV, S.E. XXI /Trad, fr.: *Us types libidinaux//La vie sexuelle*. Paris: P.U.F., 1969, p. 156-159. [81] Freud (S.). — *Abriss der Psychanalyse*, 1940, G. W. XVII, S. E. XXIII /Trad, fr.: *Abrege de psychanalyse*. Paris: P.U.F, 1951. [82] Frqedlander (K.). — *La delinquance juvenile; etude psychanalytique, theorie, observations, traitements*. Paris: P.U.F, 1951. [83] Glover (E.). — *The kleinian System of the child psychology*. P.A. S. of the child, vol. 1, 1945.

[84] Grasset(a.). — *L'enfant epileptique*. Paris: P.U.F.

[85] Green (A.). — Narcissisme primaire: structure ou etat// *L'Inconscient* 1, 1967.

[86] Green (A.). — *Le discours vivant*. Paris: P.U.F., 1972.

[87] Greenacre (Ph.). — *Traumatism, Growth and Personality*, 1953, Hogarth press,

Londres /Trad, fr.: *Traumalisme, croissance et personnalite*. Paris: P.U.F., 1971. [88] Grunberoer (B.). — *Le narcissisme*. Paris: Payot, 1971. [89] Hartmann (H.). — *Ego psychology and the problem of adaptation*. New York:

International University Press, 1958. [90] Hartmann (H.), Kriss, Loewenstein (H.). — *Papers on psychoanalytic*

*psychology*. New York: International University Press, 1964/Trad, fr.: *Psychologie psy-*

*chanalytique*. Paris: P.U.F., 1975. [91] Henry (J.). — L'observation naturaliste d'enfants psychotiques // *Psychiatr.*

*enfant*.

1961,4,65-203. [92] a) Hochman (J.). — Alain Foutu Infonn. *psychiatr.* 1971, vol. 47 n° 10. [92] b) Hochman (J.).

— *Pour une psychiatrie communautaire*. Paris: Seuil, 1971. [93] Acobson (E.). — *The self and the object world*.

New York: International

Universities Press, 1964. [94] Kanner (L.). — Autistic Disturbances of Affective Contact. *Nerv Child*, 2. [95]

Kanner (L.). — Early infantile autism // *J. Pediatr.*, 25. [96] Kestemberg (E.). — L'identite et l'identification chez

les adolescents // *Psychiatr.*

*enfant*, 1962, vol. V, fasc. 2, Paris, p. 441-522. [97] Kestemberg (E. et J.) et Decobont (S.). — La faim et le corps.

Paris: P.U.F.,

1972. [98] Klein (M.). — *The psycho-analysis of children*. London: Hogarth Press, 1949 /

Trad.fr.: *La psychanalyse des enfants*. Paris: P.U.F., 1959. [99] Klein (M.). — *Contributions to psycho-analysis*.

London: Hogarth Press / Trad.

fr.: *Essais de psychanalyse*. Paris: Payot, 1967. [100] Klein (M.). — *Narrative of a child analysis*. London: Hogarth

Press / Trad, fr.:

*Le cas Richiurd*. Paris. [101] Klein (M.), Heimann (F), Isaacs (S.) et Riviere (J.). — *Developements in psycho-*

*analysis*. London: Hogarth Press, 1952 / Trad, fr.: *Developement de la*

*psychanalyse*. Paris: P.U.R., 1966. [102] Ко́нит (H.). — *The analysis of the self*. New York: International University

Press, 1971 /Trad, fr.: *Le soi*. Paris: P.U.F., 1974. [103] Kreisler (L.), Fain (M.) et Soule (M.). — *L'enfant et son*

*corps*. Paris: P.U.F.,

1974. [104] Lacan (J.). — *Ecrits*. Paris: Seuil, 1966. [105] Lapon (R.). — *Vocabulaire de psychopedagogie et de*

*psychiatrie de l'enfant*.

Paris: P.U.R., 1963. [106] Lang (J. L.) et Shentoub (V.). — Les schizophrenies infantiles, anamnese et

mode de debut. *II<sup>e</sup> Congres International de Psychiatrie*, Zurich, 1957 4, 137-146.

OrellFussii, 1959. [107] Laplanche (J.) et Pontalis (J. B.). — Fantasma originaire et origine du fantasme //

*Les Temps Modernes*, p. 1832-1968, 19<sup>e</sup> annee, n° 215. Paris: Julliard, 1964. [108] Lebovici (S.) et Diatkine (R.).

— Etude des fantasmes chez l'enfant // *Rev.*

*franc. psychanal*, 18, n° IV, 1954, p. 109-159.

- 109] Lebovici (S.) et Diatkine (R.). — Les obsessions chez l'enfant // *Rev. franc. psychanal.*, 16, n° 3, 1957, p. 647-670. 110] Lebovici (S.). — La relation objectale chez l'enfant // *Psychiatr. enfant*, vol. VIII, fasc. 1, 1960, p. 147-226. 111] Lebovici (S.) et Mc Dougall(j.). — *Un cas de psychose infantile. Etude psych-analytique*, 487 p. Paris: P.U.F., 1960. 112] Lebovici (S.) et Diatkine (R.). — Le jeu chez l'enfant // *Psychiatr. enfant*, vol. V, fasc. 1, 1962, p. 207-254. 113] Lebovici (S.) et Braunschweig (D.). — A propos de la nevrose infantile // *Psychiatr. enfant*, vol. X, fasc. 1, 1967, p. 43-122. 114] Lebovici (S.) et Soule (M.). — *La connaissance de l'enfant par la psychanalyse*. Paris: P.U.F., 1970. 115] Lebovici (S.). — Hysterie et psychose infantile // *Rev. neuropsychiatr. infant.* 1, 1959. 116] Lebovici (S.). — A propos de l'hysterie // *Psychiatr. enfant.* 17, 1, 1974, p.5-52. 117] Lusto (J. J.). — Essai de communaute therapeutique dans un pavilion d'adolescents debiles et psychotiques // *Rev. hyg. med. social*, 1970, /, 18, 1, p. 123-140. 118] Lusto (J. J.). — Le medecin, les parents et l'enfant debile ou psychotique // *Rev. hyg. med. social*, 1970, 18, 1, p. 141-150. 119] Male (P.) et coll. — *Psychotherapie du premier age*. Paris: P.U.F., 1975. 120] Male (P.). — *Psychopathologie de l'adolescent*. Paris: P.U.F., 1964. 121] Malher (M.). — *Symbiose humaine et individuation*. Vol. 1: Psychose infantile. Paris: Payot, 1973. 122] Mannoni (M.). — *L'enfant arriere et sa mere*. Paris: Seuil, 1964. 123] Mannoni (M.). — *Le premier rendez-vous avec le psychanalyste*. Geneve: Gonthier, 1965. 124] Mannoni (M.). — *L'enfant, sa maladie et les autres*. Paris: Seuil, 1969. 125] Martinet et coll. — *Le langage*, Encycl. Pleiade. Paris: Gallimard, 1968. 126] M (P.), M'Uzan (M. de) et David (Ch.). — *L'investigation psychosomatique*. Paris: P.U.F., 1963. 127] Michaux (L.). — *L'enfant pervers*. Paris: P.U.F., 1952. 128] Mises (R.) et Barande (I.). — Etude clinique des formes precoces intriquant relation psychotique et symptomologie de type deficitaire // *Psychiatr. enfant.* 1963, 6, p. 1-78. 129] Mises (R.) et Moniot (M.). — *Les psychoses de l'enfant*, 1970, Encycl. med.-chir. Psychiatrie. Paris. 130] Mises (R.). — Etude d'enfant de classe de perfectionnement // *Rev. neuropsychiatr. infant.* 1974, Paris, 22-7-8, pp. 457-502. 131] Mises (R.). — *L'enfant deficient mental*. Paris: P.U.F., 1975. 132] Nacht (S.) et coll. — *La theorie psychanalytique*. Paris: P.U.F., 1969. 133] Nacht (S.) et coll. — *La psychanalyse d'aujourd'hui*. Paris: P.U.F., 1967. 134] Neyraut (M.). — A propos de la mythomanie // *Entret. psychiatr.*, sept. 1963, 11-38. 135] Neyraut (M.). — *Le transfert*. Paris: P.U.F. 136] Pasche (R.), — *A partir de Freud*. Paris: Payot, 1969.

- [137] Pinkerton (P.). — The psychosomatic approach in child psychiatry // *Modern perspectives in child psychiatry*. Ed. by J.H.Howels, 1965, p. 306-335. [138] Problems of psychosis. *Excerpta Medico*, Amsterdam, 1971. [139] Psychoses de l'enfant. *Confront, psychiatr*, 3, Paris: Specia, 1969. [140] Psychopathologie de l'adolescence. *Confront, psychiatr*, n° 7/0, Specia 71, Paris. [141] Racamier (P. C.). — Etude clinique des frustrations precoces // *Rev. franc. psychanal*, 17, n° 3, p. 328-350, et 18, n° 4, p. 576-631, Paris, 1953 et 1954. [142] Racamier (P. C.). — La privation sensorielle // *Psychiatr. Enfant*, 1963, vol. VI, fasc.A. [143] Racamier (P.-C.) et coll. — *Le psychanalyste sans divan*. Paris: Payot, 1970. [144] Raimbault (G.). — *Medecins d'enfants*. Paris: Scuil. [145] Rosenfeld (H. A.). — A Clinical approach to the Psychoanalytic theory of the life and death instincts: an investigation into the aggressive aspects of narcissism // *Int. J. Psychoanai*, 52, 169. [146] Rosolato (G.). — *Essais sur le symbolique*. Paris: Gallimard, 1969. [147] Rosolato (G.). — L'axe narcissique des depressions // *Nom. rev. psychanal*, 1975, 11, p. 5-34. [148] Rouart (J.). — *Psychopathologie de la puberte et de l'adolescence. «Paideia»*. Paris: P.U.R, 1954. [149] Rouart (J.). — Agiret processus psychanalytique, Paris // *Rev. franc. psychanal*. XXXn, 5-6, 1968. [150] Segal (H.). — *Introduction to the work of Melanie Klein*. Londres: W. Heinemann, 1964/Trad, fr.: *Introduction a l'oeuvre de M. Klein*. Paris: P.U.F., 1969. [151] Shentoub (S. A.), Soulairac (A.). — L'enfant automutilateur // *Psychiatr. enfant*, 1961,3, p. 111-146. [152] Shentoub (S.), Basselcer (M. J.). — Probleme du diagnostic structural dans les etats pseudo-obsessionnels de l'enfant // *Rev. neuropsychiatr. infant*, 1963, 11, 311-320. [153] Smirnoff (V.). — *La psychanalyse de l'enfant*. Paris: P.U.E, 1966. [154] Soule (M.). — La carence de soins maternels dans la petite enfance. La frustration precoce et ses effets cliniques // *Psychiatr. enfant*, 1958, vol. 1, fasc. 2, p. 523-540. [155] Spitz (R. A.). — *De la naissance a la parole, la premiere annee de la vie de l'enfant*. Paris: P.U.R, 1968. [156] Spitz (R.). — The primal cavity: a contribution to the Genesis of Perception // *Psychoanai. Study Child*, 10. [157] Stein (C.). — *L'enfant imaginaire*. Paris: Denoel, 1971. [158] Stucki (J. D.). — L'hysterie chez l'enfant // *Psychiatr. enfant*, 1965, 8, p. 605-622. [159] Tausk. — *CEuvre psychanalytique*. Paris: Payot, 1975. [160] Traitement au long cours des etats psychotiques. Toulouse: Privas, 1972. [161] Tramer (M.). — *Manuel de psychiatrie infantile generale*. Paris: P.U.R, 1949. [162] Torok (M.). — Maladie du deuil et fantasme du cadavre exquis // *Rev. franc. psychanal*, 1968, 32, p. 715. [163] Tustin. — *Autism and childhood psychosis*. Londres: Science House inc., 1972. [164] Vasse (D.). — *L'ombilic et la voix*. Paris: Le Seuil, 1974. [165] Wallon (H.). — *De l'acte a la pensee, essai de psychologic comparee*. Paris: Flammarion, 1942.



- [166] Widlocher (D.). — Le developpement et la pensee obsessionnelle chez l'enfant // *Rev. neuropsychiatr. infant.*, 1966, p. 117-120.
- [167] Widlocher (D.). — Le developpement de la pensee obsessionnelle chez l'enfant II *Rev. neuropsychiatr. infant.*, suppl. Pedo-psychiatr., 1967,9-13.
- [168] Wing (J.). — *Early childhood autism*. Oxford: Pergamon Press, 1966.
- [169] Winnicot (D. W.). — *Collected papers*, London Tavistock Publications / Trad, fr.: *De ta pediatric a la psychanalyse*. Paris: Payot, 1969.
- [170] Winnicot (D. W.). — *The maturational processes and the facullating enviro-ne-ment*. London: Hogarth Press / Trad, fr.: *Processus de la maturation chez l'enfant*. Paris: Payot, 1970.
- [171] Winnicot (D. W.). — *Therapeutic consultations in child psychiatry*. The executors of the author's Estate, 1971 / Trad, fr.: *La consultation therapeutique et l'enfant*. Paris: Gallimard, 1971.
- [172] Winnicot (D. W.) — *Playing and reality*. 1971 / Trad, fr.: *Jeu et realite*. Paris: Gallimard, 1971.
- [173] Wofson. — Trad, fr.: *Le schizo et les langues*. Paris: Gallimard.
- [174] Woodbury (M. A.). — L'equipe therapeutique // *Inform, psvchiatr*, 1966, 42<sup>e</sup>, n°10.

**ОБЗОР ОСНОВНЫХ ПРИНЦИПОВ ПСИХОТЕРАПИИ****Ж. БЕРЖЕРЕ**

Естественно, не может быть и речи о том, чтобы психолог, не получивший никакого клинического и дополнительного специализированного образования, мог брать на себя ответственность за психотерапевтическое лечение, и тем более о том, что только психологическое или психиатрическое обучение, сколь угодно продвинутое, может оказаться достаточным для проведения психоанализа.

Психотерапевтом, работающим в определенной технике, может быть только тот, кто получил теоретическое образование в рамках данной техники и имеет опыт валидизированной и супервизированной практики.

Психоаналитиком может быть только тот, кто сначала сам получил опыт личного длительного и полноценного анализа, а затем прошел строгую проверку использования такого опыта на других.

Мы не собираемся излагать здесь технику той или иной психотерапии, но нам кажется полезным определить, чем отличаются многочисленные методы, и уточнить основные специфические показания для каждой формы психологической работы.

На рис. 6 мы увидим, что основные формы психотерапии в большей или меньшей степени относятся к одному из двух противоположных полюсов: гипнозу, с одной стороны, и лечению психоаналитического типа — с другой.

## КЛИНИКА

Действительно, хотя исторически Фрейд сначала применял гипноз, впоследствии он быстро в нем разочаровался и постепенно, шаг за шагом, перешел к радикально отличающейся технике, не используя более перенос, чтобы поддерживать зависимость пациента по отношению к терапевту, но напротив, *анализируя* этот перенос, чтобы освободить пациента от любого принуждения со стороны других, и в частности со стороны самого терапевта.

Все варианты психотерапии непсихоаналитического характера (PNP) остаются, таким образом, основанными на суггестии, даже если они в большей или меньшей степени (или скорее в большей или меньшей степени сознательно) используют трансфер. Психоаналитически ориентированные виды психотерапии (PIP), напротив, применяют главным образом трансфер, пытаясь сделать его явным без обострения тревоги и усиления защит больного и стараясь избежать бесконечного попадания пациента в слишком узкие рамки его неудачных отношений с другими, поз-

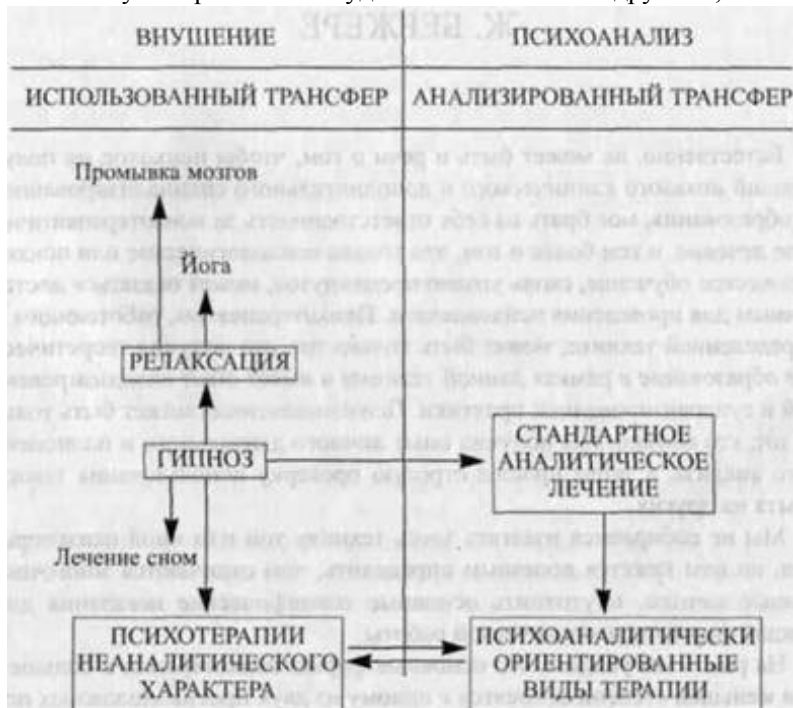


Рис 6. Классификация психотерапий

воля ему понемногу обнаруживать более успешные, более зрелые и более независимые интра- и интерперсональные решения.

Схематизируя, можно сказать, что PNP пытаются как можно быстрее примирить больного одновременно с собой и с внешней реальностью, такой, какой она воспринимается, в то время как PIP стараются организовать время, необходимое для того, чтобы пациент смог обнаружить, что он хочет и каким он должен быть, исходя из его собственных потребностей и личных качеств. PNP оказываются неизбежно директивными (даже если они это отрицают), PIP, напротив, стремятся к уважению личностной глубины субъекта, его свободы, его индивидуальности и его будущего. Не отрицая, конечно, реальности, но отказываясь рассматривать только *внешние* и *явленные* аспекты, в поскольку «латентное» содержимое любой психической операции интересует психоаналитика куда больше, чем аутентичность окружающей реальности, на которую ссылается пациент.

Применительно к этим двум основным ориентирам иногда трудно определить тот или иной специфичный способ психотерапевтического вмешательства: например, «поддерживающая психотерапия» может очень успешно применяться как направлением PNP, так и PIP.

Поэтому практическое различие часто зависит от личности терапевта и уровня его работы. В любом случае остается невозможным для непсихоаналитика осуществлять психоаналитическое лечение или даже подлинную психоаналитически ориентированную терапию. И, с другой стороны, редко встречаются аналитики, действующие на уровне непсихоаналитической терапии. Но это не значит, что неаналитическая психотерапия окажется в конкретном случае менее успешной, чем психоаналитически ориентированная, и еще в еще меньшей степени можно сказать, что любой психоаналитик может свысока смотреть на непсихоаналитика. Эти два вида терапии работают в разных регистрах, и пилот реактивного самолета *априори* интеллектуально не превосходит пилота винтового самолета. При этом обучение, функции и способ полета первого все же остаются более тонкими и сложными, чем у второго. Но это не позволяет их заменять. На определенных аэродромах реактивный самолет будет бесполезным и иногда опасным, в то время как на межконтинентальных линиях на большой высоте и без возможности снабжения при нынешнем техническом прогрессе никто не станет использовать винтовые аппараты.

Поэтому показания для лечения не могут основываться на случайной, в зависимости от обстоятельств, встрече либо с терапевтом-аналитиком, либо с терапевтом-неаналитиком. Как раз здесь и появляется реальная опасность. Различные техники действуют различно и на разных уровнях.

Аутентичное *аналитическое* лечение должно применяться либо к явным невротическим структурам, которые мы определяли на протяжении этой работы, либо к пограничным состояниям с возможным невротическим возмещением. Это лечение опирается в основном на анализ эди-повских переживаний; оно должно, таким образом, обращаться к конфликтам, организованным на этом уровне. Кроме того, существуют другие критерии, связанные с возрастом, с возможностью изменения, с силой Я. Отбор проводят также по склонности или несклонности к такому типу лечения.

Психоаналитически ориентированная психотерапия показана в случае, когда речь не идет о структуре явно невротической, или же в случае явных депрессивных структур, когда анализ отклоняется сразу или через какое-то время по существенным причинам.

Неаналитическая психотерапия может быть представлена в разных вариантах (несколько моделей, наиболее известных, отмечены на нашем рисунке). Они должны назначаться либо в случаях негрубых психических нарушений, не всегда требующих длительной аналитической работы, либо, напротив, при состояниях, к сожалению, превышающих классические и оправданные ресурсы аналитического метода.

Нельзя недифференцированно предлагать пациенту то или другое, основываясь на выражении какой-либо идеологической или эмоциональной позиции. Показания для разных видов психотерапии специфичны, и с научной точки зрения они не являются взаимозаменяемыми. Не следует рекомендовать «для начала и чтобы попробовать» 25-летнему обсессивному невротичу какое-либо акробатическое и модное лечение, не дающее ни глубокого, ни устойчивого эффекта, чтобы в конце концов, «все перепробовав», направить его, когда ему исполнится 50 лет, к психоаналитику для лечения, которое ему уже не стоит предлагать по причине его изменений в области психотической экономии. В подобных случаях в зависимости от оформления синдрома ему может быть предложена психоаналитически ориентированная психотерапия. Все, что было сказано относительно индивидуальной психотерапией, остается действительным и для *групповой психотерапии*, будь она аналитической или нет. Следует особо упомянуть и *психоаналитическую психодраму*, назначаемую в зависимости от конкретного случая либо в индивидуальной, либо в коллективной форме.

*Часть третья*

**ОРГАНИЗАЦИОННЫЕ АСПЕКТЫ**

## ЛЕЧЕБНЫЕ УЧРЕЖДЕНИЯ

А. БЕКАШ

Когда пациент оказывается на консультации у терапевта в первый раз, в каких бы обстоятельствах это не происходило, эта консультация отмечает завершение сложной истории, отдельные элементы которой раскроются лишь со временем. Эта консультация маркирует также начало периода, в течение которого ожидается терапевтическое воздействие, выбираемое в зависимости от психопатологической структуры субъекта. Но до того как пациентом будут затронуты наиболее болезненные конфликты его психической жизни, к тому же в незнакомых ему аспектах, следует установить отношение или систему коммуникации. Существующая за страданием просьба о помощи, ясно сформулированная или нет, требует для эффективного удовлетворения мер, адаптированных к:

- разнообразию нужд больного и его семьи: детей, взрослых, пожилых лиц;
- разнообразию индивидуальной патологии: неврозы, психозы, пограничные состояния, перверсии, психосоматические заболевания;
- динамике расстройства: острые кризы, долговременное лечение, изменение условий существования.

Это значит, что между единичной беседой и госпитализацией в специализированный стационар может существовать большое количество самобытных институций. Благодаря своей идеологии, разнообразию и умножающемуся количеству эти опосредствующие структуры позволя-

## ОРГАНИЗАЦИОННЫЕ АСПЕКТЫ

ют добиться несомненного прогресса в лечении больных, пораженных психическими расстройствами.

### ОБЗОР ИНСТИТУЦИОНАЛЬНЫХ СТРУКТУР

В недавнем прошлом не существовало иных возможностей ухода, кроме амбулаторного лечения и полной госпитализации. С наступлением эпохи новой терапии, отмеченной увеличением числа психиатров и психологов, уменьшением числа хронически госпитализированных, развитием детской психиатрии, можно констатировать расцвет нововведений, направленных на создание новых лечебных учреждений, располагающихся в стороне от традиционных структур.

Мы попытаемся дать краткий обзор средств и институциональных учреждений как государственных, так и частных, которыми мы располагаем.

#### I. Учреждения для взрослых

##### Лечебные учреждения

###### ■ *Консультация*

Проводится ли она в частном кабинете специалиста или в центре психического здоровья, называемом также медико-психологическим центром или психогигиеническим диспансером, работающим при больнице общего профиля, при специализированном учреждении или же кризисном центре, консультация, основная практика любого психиатра, является главным этапом лечебной помощи. Характеризуясь определенным типом отношения врач—больной, она с самой первой встречи содержит в себе психотерапевтическое измерение. Повторяясь в соответствии с нуждами каждого частного случая, консультация позволяет собрать необходимые для диагностики и адаптированного терапевтического ведения психологические, социологические и биологические данные. Но очевидно, что в огромном числе случаев лечение представляет собой коллективное мероприятие, касающееся, помимо больного, его семейного, профессионального окружения и других участников: лечащего врача, социальных работников и др. Встречи с родственниками или супругами (вне специальных консультаций семейных пар) являются, наряду с другими контактами, дополнительными квазипостоянными следствиями.

Консультации могут осуществляться и в других местах, таких, как университетские службы психологической помощи, или в соответствии



с запросом в непсихиатрических учреждениях, таких, как учреждения долговременного пребывания, непсихиатрические отделения, где осуществляется психиатрическая помощь, учитывающая психологические компоненты некоторых тяжелых соматических заболеваний (травматология, онкология, СПИД, ...).

### ■ *Полное стационарирование*

Сама природа некоторых заболеваний требует в определенный момент полной госпитализации, оказывающейся одной среди прочих мер лечения болезни. Эта госпитализация служит необходимым этапом начала психиатрической помощи или ответом на ургентную кризисную ситуацию, связанную с окружением.

Ее длительность может быть весьма разнообразной. Полная госпитализация производится, когда предвидится длительная госпитализация. В настоящее время длительные психозы вместо долговременной госпитализации чаще всего требуют более кратковременных многократных госпитализаций. Это подтверждается цифрами, свидетельствующими о сокращении пребывания, значительного уменьшения общего времени стационарирования, увеличении числа поступлений.

Полная госпитализация может реализовываться различными общественными и частными учреждениями.

### *Частные заведения*

— Частные клиники, признанные или принятые системой социального страхования, располагают 20000 коек, чаще всего в форме свободного пребывания.

— Несколько госпитальных психиатрических служб, созданных частными структурами в рамках мероприятий по борьбе с психическими расстройствами для помощи определенным социопрофессиональным группам: Фонд здоровья студентов, Система взаимопомощи национального образования (MGEN), учреждения парижского региона, которые приняли соглашение об участии в оказании государственной больничной помощи.

### **Государственные учреждения**

— Психиатрические службы больниц общего профиля, такие, как госпитальные университетские центры (С.Н.У.), региональные госпитальные центры (С.Н.Р.), военные госпитали (для военнослужащих, резервистов и прикрепленных лиц).

— Специализированные госпитальные центры (С.Н.С.) — в недавнем прошлом психиатрические больницы, представляющие со своими 100000 коек основную часть больничного фонда.

Помимо добровольной госпитализации, осуществляющейся во все лечебные учреждения, закон от 27 июня 1990 года, заменивший закон от

## ОРГАНИЗАЦИОННЫЕ АСПЕКТЫ

30 июня 1838 года, предусматривает принудительную госпитализацию по запросу третьего лица или предписанную госпитализацию. Он также предусматривает охрану прав больного и учреждение специальной комиссии департамента.

Полная госпитализация должна осуществляться дифференцированно, в зависимости от гетерогенности больных и их патологии: острое состояние, длительное заболевание, принудительное содержание. Во всех случаях качество приема, лечения как психиатрического, так и соматического и условия пребывания должны соответствовать нуждам каждого больного.

### **Особые случаи**

Многие категории больных ставят особые проблемы. Такие меры должны быть предусмотрены для алкоголиков, токсикоманов, опасных больных, больных, содержащихся под стражей.

*Опасные алкоголики.* Хотя некоторые психиатрические проявления хронического алкоголизма должны трактоваться как расстройства, релевантные иным этиологическим факторам (например, бред ревности), случается, что пациенты, демонстрирующие поведенческие расстройства под влиянием алкоголя, отвергают обоснованность госпитализации в психиатрическую среду. Закон от 15 апреля 1954 года предусматривает совокупность мер, позволяющих квалифицировать алкоголиков, опасных для окружающих: описание примет, социальный опрос, экспертиза, департаментальная комиссия, принудительное лечение, создание специализированных учреждений для алкоголиков, только малая часть из которых в конечном итоге была реализована, что и ограничило эффективность этого закона.

*Токсикоманы.* Закон от 31 декабря 1970 года предписывает меры принудительного помещения диагностированных токсикоманов под наблюдение медико-психолого-педагогической службы или для проведения де-токсикационной терапии, выбранной заинтересованным лицом или назначенной при отсутствии его согласия. Дирекция департамента по санитарным и социальным вопросам (D.D.A.S.S.), информируемая о результатах лечения, контролирует его проведение и сообщает о них прокурору, если последний был инициатором направления. Для этих особых клиентов созданы специализированные службы, отвечающие их специфическим психологическим, медицинским или социальным нуждам: абстинентные отделения, общины, заместительная терапия (например, ме-тадоном).

*Сложные больные.* В принципе, все психиатрические службы должны обеспечить размещение любых больных, госпитализируемых по направлению, т.е. больных, расстройство которых нарушает общественный порядок или является опасным для кого-либо. Но некоторые больные ока-

зываются особенно опасными и не могут содержаться и лечиться в обычных психиатрических отделениях, не могущих обеспечить должный уровень безопасности. Речь идет об ажитированных больных, демонстрирующих деструктивные реакции и постоянно нарушающих порядок в отделении, где они находятся, а также о трудных больных, представляющих опасность, явную или возможную, несовместимую с их пребыванием в классическом психиатрическом отделении. Для подобных пациентов предусмотрено около 600 коек в отделениях для трудных больных (U.M.D.), расположенных в четырех учреждениях: Кадиляк (Жиронда), Сарреге-мин (Мозель), Монфаве (Воклюз) и Вильжюиф (Валь-де-Марн). Решение об окончании пребывания в подобном отделении и возвращении больного в направившую его службу в случае, когда улучшение состояния это позволяет, принимается консилиумом психиатров.

*Принудительное содержание.* Процессуальный уголовный кодекс предусматривает, что заключенные с психическими расстройствами не могут содержаться в исправительном учреждении; они подлежат направлению в обычные психиатрические учреждения или отделения для трудных больных. В иных случаях нахождение под следствием, диагностика и лечение их расстройств осуществляются психиатрическими отделениями пенитенциарной системы, которыми располагают тюрьмы шестнадцати крупных городов. Региональная медико-психологическая служба (S.M.P.R.) обеспечивает консультации, постоянное или частичное, дневное или ночное наблюдение и предоставляет терапевтические услуги. Эти службы располагают филиалами для борьбы с наркоманией, проведения анализов и для социообразовательной деятельности, ориентированной на последующую социопрофессиональную реинтеграцию. Некоторые из них являются также филиалами по борьбе с алкоголизмом, функционируя как центры пищевой и алкогольной гигиены. Определенные виды агрессивного поведения, особенно сексуальная агрессия, могут подвергаться групповому воздействию благодаря хорошей работе терапевтической бригады.

#### ■ *Частичная госпитализация*

**Дневной стационар** может существовать при больничном отделении, в котором несколько мест резервируется для больных, посещающих в течение дня больничный центр для получения лечения и участия в деятельности, предусмотренной для них терапевтическим планом; каждый вечер, как на уик-энд, они возвращаются к себе домой.

С другой стороны, существует большое количество дневных стационаров, располагающих автономными помещениями при больницах или вне них. Для каждого из них характерна специфика, связанная с историей создания. Не входя в детали формирования терапевтической бригады или

## ОРГАНИЗАЦИОННЫЕ АСПЕКТЫ

особенностей управления, можно наметить основные направления их деятельности, взяв в качестве конкретного примера один дневной стационар.

**Внебольничный дневной стационар.** Учреждение, рассчитанное на 20-25 мест, обеспечивающее в течение дня (или его части) лечение больных, направляемых их лечащим врачом. Реально число больных значительно больше, поскольку посещения дневного стационара могут составлять от нескольких часов до пяти дней в неделю. Таким образом, за неделю может обслуживаться до ста пациентов.

Дневной стационар может предоставлять для терапевтической бригады большой спектр терапевтических методов:

- индивидуальные встречи с одним или несколькими членами бригады; в этих рамках может осуществляться ограниченная, ввиду ее длительности, индивидуальная психотерапия;
- ежедневные групповые дискуссии, открытые для всех больных и обслуживающего персонала;
- еженедельные дискуссионные группы для госпитализированных больных;
- еженедельные группы для амбулаторных больных, продолжающих, как правило, свою профессиональную деятельность;
- социотерапевтические группы (клубы) для бывших больных, собирающиеся вечером один раз в неделю;
- терапия с помощью ручного труда в фотографических, переплетных, ткацких, гончарных и пр. мастерских;
- терапия с помощью графического (рисунок и живопись) или музыкального выражения;
- телесно-ориентированная терапия;
- индивидуальная или групповая психодраматическая терапия;
- химиотерапия;
- вмешательство в социальное, профессиональное или семейное окружение.

Эта структура ухода по вполне понятным причинам не может быть доступной для всех категорий больных.

Необходимо, чтобы последние были способны к определенной автономности и чтобы их поведение было совместимо с терапевтическим контрактом. Большее значение имеет не нозологический ярлык, а оценка наличной ситуации. Следует оценить, сможет ли дневной стационар быть полезным данному больному в настоящий момент его болезни по сравнению с другими возможностями лечения.

Речь идет о депрессивных состояниях, исключая фазы высокого суицидального риска, невротических состояниях с истерической, фоби-ческой или обсессивной симптоматикой в фазе обострения. Дневной стационар принимает также значительное количество психотических больных, пребывание которых может быть весьма длительным. Важно,

чтобы назначения и возможный переход больного из одной структуры в другую совершался с максимальной гибкостью и непринужденностью в отношениях между лечебным персоналом. Как все психиатрические службы, дневной стационар является местом призрения, позволяющим умерить страх, который больной не может более переносить, даже находясь в своей семейной среде. Если улучшение происходит благодаря осознанию природы определенных конфликтов, то это часто связано с предварительным учетом их терапевтической бригадой посредством контртрансферных феноменов. Это возможно благодаря относительно ограниченному количеству одновременно находящихся на лечении больных, позволяющему лучше эмоционально понять их проблемы и их реакции; необходимость этого эмпатического понимания реализуется в бригаде через работу прояснения во время собраний, не менее обязательную, чем работа, осуществляемая в то же самое время с семьей, трудовой средой, в отношении соматических проблем или фармакотерапии. Многие авторы, такие, как П. Р. Рекамье, Р. Дяткин, Ж. Ошманн и др., настаивали на необходимости прорабатываемой в коллективе психодинамической терапии и продемонстрировали все богатство подобного подхода в рамках институциональных условий даже для больных с тяжелыми расстройствами.

Следует также учитывать, что сам способ периодического посещения дневного стационара, в особенности у некоторых психотических больных, благодаря чередованию в течение суток пребывания в учреждении и в семье актуализирует внутренний конфликт, сконцентрированный на проблеме присутствия и отсутствия, давая возможность для его проработки в терапевтическом смысле.

Важно, чтобы длительность пребывания не была строго лимитированной. Каждый пациент должен найти оптимальное для себя время через беседы, деятельность, предлагаемую мастерскими «выражения», встречи и коммуникации с другими.

**Ночной стационар** чаще всего создается при больничном отделении, но иногда и в отдельном месте. Он предназначен для больных, ранее находившихся на полном стационарировании, возобновляющих или начинающих работать, но изолированных или не располагающих достаточной семейной поддержкой. При этом они получают лечение, требующее наблюдения. В этом случае больной каждый вечер встречается с одним или несколькими членами терапевтической бригады. Но это следует рассматривать как промежуточный, ограниченный во времени этап.

#### ■ *Госпитализация в домашних условиях*

Речь идет о пока еще мало распространенном методе, используемом некоторыми терапевтическими бригадами, но сдержанно воспринятом

## ОРГАНИЗАЦИОННЫЕ АСПЕКТЫ

страховыми компаниями, остерегающимися заключать соглашения с бригадами по проведению подобного рода внебольничного вмешательства. Этот метод адресован больным, лечение которых на первом этапе проводилось в больничных условиях. Возвращение домой сопровождается регулярными посещениями одним или несколькими лечебными работниками для назначения лечения медицинского наблюдения.

### ■ *Специализированные интернаты (М.А.С.)*

Их задачей является обеспечение специального ухода за взрослыми инвалидами по психическим заболеваниям, нуждающимися в постоянном уходе под медицинским наблюдением, но не подлежащими лечению в психиатрических отделениях.

Это лица, психическое состояние которых не поддается улучшению и автономность которых крайне ограничена, поскольку они не способны самостоятельно справляться с основными жизненными действиями и должны постоянно прибегать к помощи третьих лиц. Инвалидность может быть следствием заболевания или инцидента, произошедшего в детстве или во взрослом возрасте. Зависимость, обусловленная старческим возрастом, не входит в компетенцию этих учреждений.

Их создание регулируется законом от 30 июня 1975 года, касающимся инвалидов. Направление в эти учреждения осуществляется по решению технической комиссии по ориентации и профессиональной аттестации (СОТОРЕР). В установленных границах может проводиться стационарирование дневное или на определенный период времени. Осуществление задач специализированных интернатов требует мультидисциплинарной бригады, оплачиваемой медицинским страхованием.

### **Приюты**

Некоторые виды специализированных приютов являются открытыми структурами, предоставляющими прием и возможности жизни, приближающиеся к нормальным условиям в обычной социальной сети, хотя иногда трудно отделить то, что относится к лечению, от социальных отношений.

### ■ **Постлечебные общежития**

Эти общежития ограниченной вместимости — около двадцати коек — принимают десоциализированных психических больных после выхода из стационара и/или алкоголиков и токсикоманов. Это транзиторные заведения, способствующие социальной адаптации, с внимательным специализированным, но ограниченным уходом.

**■ Закрепленные или терапевтические квартиры**

В перспективе прогрессивной самостоятельности, перед лицом ежедневной жизни закрепленные квартиры представляют собой промежуточные структуры, предназначенные для лиц, находящихся в стабилизированном состоянии, но не могущих сразу же после больницы обеспечивать себе полную независимость и, несмотря на возобновление трудовой деятельности, оплачивать жилье на свои скромные средства. Например, по закону 1901 года ассоциация может быть нанимателем большой квартиры в многоквартирном доме и размещать там 4 или 5 пансионеров, вносящих часть квартирной платы и покрывающих ежедневные расходы. Терапевтическая бригада должна наблюдать за составом группы с тем, чтобы не допускать неправильных действий и нарушения правил общежития. Четкие правила ограничивают предполагаемую длительность пребывания, устанавливают распределение материальных задач, запрет насильственных действий, употребление алкоголя и наркотиков, частоту и время встреч с членами медико-социальной бригады, осуществляющей постоянное вмешательство.

**■ Учреждения долговременного пребывания (для пожилых лиц)**

Пожилые лица, демонстрирующие чисто психиатрическую патологию (депрессивные состояния, различные психотические проявления и пр.), должны рассматриваться лечебными структурами на тех же условиях, что и все остальные, со 100% покрытием расходов кассами медицинского страхования.

Но дефицитное развитие, альцгеймеровского или иного типа, требует учреждений долговременного пребывания, располагающихся при больницах общего профиля, частных или государственных интернатах, где расходы по пребыванию оплачиваются за счет семьи. Постоянный персонал может с определенной степенью регулярности обращаться к помощи психиатрической бригады.

**Работа в специальных условиях**

В тех случаях, когда возвращение на работу не может проходить в тех же условиях, что до болезни, поиски вакансии и профориентация в нормальной трудовой среде оказываются затруднительными и мало адаптированными.

Прикрепление или профессиональное переобучение может осуществляться после оценки технической комиссии по профессиональной ориентации в специальных структурах для инвалидов: *центрах трудовой помощи* (С.А.Т.). Но такие центры не приспособлены для инвалидов по психическим заболеваниям, и количество предлагаемых ими мест намного ниже требуемого. Однако это достаточно интересный вариант как в человеческом, так и экономическом плане. Медико-социальная бригада обеспечивает в этом случае терапевтическое ведение.

## ОРГАНИЗАЦИОННЫЕ АСПЕКТЫ

*Специальные ателье.* Речь идет о работе, выполняемой бывшими больными под профессиональным наблюдением в области живописи, ремесла, садоводства и пр. в рамках рыночных условий, но при льготах на НДС.

Существует большое количество других разнообразных форм деятельности, свидетельствующих о воображении и способностям к инновациям персонала и социальных работников: кризисные центры, центры постоянной или временной скорой помощи, размещение в приемных семьях, терапевтические клубы, ассоциации бывших алкоголиков, ассоциации помощи токсикоманам, семьям психических больных и пр.

Все эти формы деятельности, которые мы описали, являются **институциями**, которые вслед за Рекамье можно определить как «коллектив квалифицированных лиц, организованных для оказания помощи больным».

### II. Учреждения для детей и подростков

#### Лечебные учреждения

##### ■ Консультации

Они могут осуществляться:

- в частных кабинетах специалистов;
- в психогигиенических диспансерах для проведения обследования и медико-психологической экспертизы;
- в медико-психолого-педагогических центрах (С.М.Р.Р) для проведения диагностики и амбулаторного лечения в перспективе отслеживания «дезадаптации, связанной с психическими расстройствами и нарушениями поведения, требующими медико-психологической реабилитации, психотерапии или психопедагогического переобучения под медицинским наблюдением» и подключения семьи;
- в детских больничных психиатрических отделениях, в зависимости от психической патологии, могущей привести к госпитализации.

Эта дифференциация, естественно, схематична, самым важным является гармонизация ответа на различные выраженные запросы.

##### ■ Госпитализация

- **Больницы общего профиля** ввиду наличия отделений «материнства и детства» принимают участие в профилактике, выявлении и лечении психических нарушений у детей, особенно благодаря внедрению в них центров раннего медико-социального воздействия.
- **Специализированные учреждения** принимают пациентов на полную или частичную госпитализацию.



■ В учреждения, обеспечивающие *полную* госпитализацию, входят:

— психиатрические отделения университетских клинических центров и специализированных клинических центров;

— медико-педагогические институты (I.M.P.) и медико-образовательные институты (I.M.E.) для различных категорий несовершеннолетних, демонстрирующих недостаточное (с той или иной степенью глубины) интеллектуальное развитие и получающих адаптированное к их состоянию медицинское и педагогическое воздействие;

— больничные центры «мать-ребенок», имеющие большое значение как для матери, так и для ребенка в плане перинатальной психиатрии;

— медико-профессиональные институты (I.M.Pro), принимающие эстафету обучения подростков, способных к профессиональной подготовке;

— центры по переобучению, осуществляющие педагогическую и психотерапевтическую деятельность, адаптированную к расстройствам поведения без интеллектуальных нарушений.

■ Среди учреждений, обеспечивающих частичную госпитализацию, можно упомянуть многочисленные формы:

— дневные стационары, роль которых столь же велика, что и роль подобных учреждений для взрослых;

— более редкие ночные стационары;

— медико-педагогические экстернаты, помогающие адаптировать школьное обучение к специфическим трудностям детей с определенными дефицитарными расстройствами;

— терапевтические приемные на ограниченное время или вечерние центры для детей, обучающихся в школе;

— специализированное семейное размещение, приемные семьи или терапевтические бригады, объединяющиеся вокруг какой-либо микроинституциональной организации.

Этот далеко не полный список хорошо иллюстрирует творческие возможности развивающейся психиатрии и клинической психологии.

Специалисты по лечению

■ *Терапевтическая бригада*

Именно терапевтическая бригада куда в большей степени, чем место, где она реализует свою деятельность, характеризует качество институциональной помощи. Детские психиатры, работающие в институциональной организации в рамках штатного расписания или вне него, играют первостепенную роль на всех стадиях вмешательства, от начала лечеб-

ного процесса до катamnестического ведения. Они должны не только назначать лечение, но и формировать терапевтический проект, руководить мультидисциплинарной бригадой, включающей в себя психологов, социальных работников, средний медперсонал, воспитателей, реабилитологов (ортофонистов, кинестотерапевтов, специалистов по психомоторной терапии, эрготерапевтов, дефектологов, диетологов и пр.). Психотерапевты, будь то врачи или нет, вносят свои специальные знания, полученные ими за время личного обучения в различных областях психотерапии: индивидуальной или групповой, психодраме, групповой динамике, семейной психотерапии, детско-родительской или игровой психотерапии, терапии с помощью рисунка, сказок, кукольного театра и пр.

Эти бригады, в той или иной степени разветвленные в зависимости от случая, нуждаются для гармоничного функционирования в рабочих собраниях.

Собрания по синтезу, предлагающие каждому возможность выражения своей точки зрения после обмена информацией и дискуссии, должны выражаться в координированной лечебной деятельности.

■ *Отношения с другими лечебными группами*

Детско-юношеская психиатрическая бригада должна в обязательном порядке находиться в контакте с другими бригадами, работающими с детьми. Эта деятельность координируется с другими службами для формирования *объединенной педиатрической службы*. Таким образом координируются:

— охрана материнства и детства, играющая важную роль для выявления ранних расстройств у младенцев и детей, посещающих ясли и детские сады;

— социальная помощь детям, бывшее государственное страхование, осуществляющее, иногда ургентно, вмешательство в целях защиты ребенка, семейное окружение которого оказывается несостоятельным или негативным, помещая его в районный приют или приемную семью;

— служба школьного здравоохранения, обеспечивающая с входящими в нее школьными психологами и врачами работу по профилактике, обследованию и санитарному просвещению и участвующая в соответствии с циркуляром от 29 января 1983 года в реализации политики по интеграции детей- и подростков-инвалидов, «организуя специализированную деятельность, поддержку и уход, направленные на интеграцию в нормальные школьные условия детей и подростков с инвалидностью, либо с трудностями, связанными с болезнью, личностными нарушениями и грубыми расстройствами поведения».

Индивидуализированный проект направлен на обучение и включает в себя всю полезную семейную, терапевтическую и педагогическую помощь.

## ЛЕЧЕБНЫЕ УЧРЕЖДЕНИЯ

397

Работа детско-юношеской психиатрической бригады равным образом координируется с:

— *бригадой взрослого отделения*, когда речь идет о психических переживаниях ребенка, родители которого страдают от депрессии, тревоги, психоза, алкоголизма, токсикомании и пр.;

— *с отделением для детей-инвалидов*. Закон от 30 июня 1975 года об инвалидах, хотя и четко отделяет учреждения по уходу от учреждений по специальному обучению, создает тем не менее в качестве координационной структуры **департаментальную комиссию по специальному обучению (C.D.E.P.)**. Эта четырехсторонняя комиссия (психиатрическая служба, социальное страхование, социальные работники, органы образования) включает в себя техническую мультидисциплинарную комиссию, в которую входит детский психиатр. Именно эта комиссия на основании предложений окружной комиссии выносит решение о мерах ориентации ребенка в отношении специального обучения (вспомогательные классы, государственные вспомогательные школы, специализированные классы для некоторых категорий детей). Общая забота структур специального обучения и медицинских структур смягчает дихотомию, отмеченную выше;

— *с системой судопроизводства*, чтобы обеспечить судью, занимающегося детскими проблемами, всеми психиатрическими и психологическими данными, полезными в области детской деликвентности, с целью разрешения конфликтов, разворачивающихся между несовершеннолетними, их семьей и обществом. Наблюдение и педагогическое воздействие могут осуществляться с участием членов медико-социальной бригады через посредство службы педагогической помощи в открытой среде, в форме размещения вплоть до образовательных учреждений, подчиняющихся министерству юстиции. Социальное вмешательство и терапевтически ориентированные обследования также назначаются в случаях, к сожалению слишком частых, истязаний и сексуальных злоупотреблений (инцест, педофилия).

### ОБЩИЕ ПРИНЦИПЫ ОРГАНИЗАЦИИ

Прогрессивный для своего времени закон 1838 года предписывал каждому департаменту располагать учреждением, специально предназначенным для приема и ухода за душевнобольными, личность и имущество которых подлежало защите. Сто лет спустя убежища, превратившись в психиатрические больницы, не очень сильно изменились, а психиатрия как больничная, так и внебольничная не смогла добиться блестящих успехов.

## ОРГАНИЗАЦИОННЫЕ АСПЕКТЫ

Целая совокупность факторов изменила ситуацию после второй мировой войны — появление терапевтических методов, дающих заметный эффект (электрошок, инсулинотерапия, нейролептики, антидепрессанты), формирование системы социальной помощи, развитие институциональной психотерапии, антипсихиатрическое движение, возрастающее влияние психоанализа на психиатрическое образование, создание в области психического здоровья специализированных ассоциаций.

Циркуляр от 15 марта 1960 года отмечает решительный поворот в психиатрической практике, создавая основу так называемой **участковой политики**. Последняя базируется на принципах лечения болезни на возможно ранней стадии, обеспечения постлечебного наблюдения во избежание рецидивов, содержания больного в условиях, наиболее близких его семье и среде. От профилактической, лечебной и постлечебной деятельности переходят к отказу от полового разделения в отделениях и участию в общей борьбе против психических болезней, алкоголизма и токсикомании. Создание детско-юношеских отделений и участков в отношении: одно детское отделение на три взрослых — обеспечило значительный расцвет структур детской психиатрии. Участковая бригада является краеугольным камнем детской психиатрии на уровне департамента.

Наконец, закон от 25 июля 1985 года утверждает психиатрические участки и создает Совет департамента по психическому здоровью.

Участковая психиатрическая служба предоставляет населению профилактические, диагностические и лечебные отделения и процедуры как в рамках страховой медицины, так и вне нее без какой-либо дискриминации, будь то по возрасту, типу патологии, длительности заболевания, социальной или географической ситуации болезни. Полная госпитализация есть лишь один из моментов лечения, который должен согласовываться с возможностями амбулаторного лечения и размещением внутри или вне отделения. Непрерывность ухода обеспечивается той же самой медико-социальной бригадой, работающей под руководством главного врача участка; пациент должен располагать возможностями дифференцированного в зависимости от его состояния и условий жизни страхования: острые ситуации, долговременное лечение. Если сами участковые службы оказываются не в состоянии обеспечить достаточное разнообразие видов помощи, существует возможность обращения к межучастковым службам, ответственным за решение специальных задач.

Лечебная бригада располагает достаточно широкой гаммой терапевтических методов; выбор этих методов, их сочетание, частота, технические вариации являются объектом назначения после обследования и обсуждения на собрании по синтезу.

Индивидуальный терапевтический план разрабатывается и предлагается в целях организации наиболее точного лечения, но он может видо-

изменяться. Необходимо принимать во внимание нужды больного, выявлять его защитные механизмы, часто глубоко запрятанные или вначале неясные, укреплять адаптивные возможности, опираясь на психотерапевтические возможности.

Во время госпитализации терапевтическое воздействие должно организовывать ежедневную жизнь таким образом, чтобы устанавливать подлинные и гибкие отношения между пациентом и членами бригады, как и постоянное взаимодействие между лечебным персоналом. Укрепление социальных связей, а также сохранение семейных отношений благодаря терапевтическому воздействию на семейное окружение также входит в динамику лечебного процесса.

Когда патология нарушает связи пациента с его семейным, социальным и профессиональным окружением, необходимо предусмотреть в качестве составляющей психиатрической работы реадaptацию и реинтеграцию. Проблемы проживания, семейной поддержки, ограниченных ресурсов больного также должны касаться участковой работы, если предполагается какой-либо успех предлагаемых мер. Инвалиды, продолжающие работать, имеют кадровые гарантии. Если возвращение к труду невозможно, необходимо через техническую комиссию по профессиональной ориентации (СОТОПЕР) добиться минимальной помощи от комиссии по бюджетным ассигнованиям для взрослых инвалидов (А.А.Н.) и компенсации в случае потери самостоятельности.

Наконец, при необходимости закон от 3 января 1968 года о защите недееспособных, применимый не только в психиатрии, позволяет судье по опеке осуществлять вмешательство по согласованию с врачом и семьей (юридическая охрана, попечительство, опека) в целях охраны интересов лица, «умственные способности которого нарушены вследствие болезни, увечья или ослаблены возрастом».

Психиатрия — дисциплина, столь долго обреченная на нозографическое описание и терапевтическую безысходность, получила за последние десятилетия значительное развитие и добилась успехов в области диагностики, лечения и реабилитации психических больных. Изменение условий лечения произошло как благодаря умножению и диверсификации учреждений, открытых вовне, так и благодаря увеличению возможностей медперсонала. Но каково бы не было многообразие возможных решений, предлагаемых техник, реализованных действий, залог эффективного лечения лежит в конечном итоге в психотерапевтическом отношении.

## ОРГАНИЗАЦИОННЫЕ АСПЕКТЫ

## БИБЛИОГРАФИЯ

Coudert (A.J.), Lachal (C.) et Landon (J.). — Assistance a l'enfance inadaptée // *Encycl. med.-chir. (Paris, France), Psychiatrie*. 37955 A 10, 7-1984, 20 p.

Diatkine (R.), Quartier-Frings (F.) et Andreoli (A.). — *Psychose et changement*. Paris: PUF, 1991.

Foucault (M.). — *Histoire de la folie a l'age classique*. Paris: Gallimard, 1972.

Hochmann (J.). — Le temps du récit // *Inform, psychiatrique*, vol. 68, n° 7, septem-bre 1992.

Pouget (R.) et Castelnau (D.). — L'assistance extra-hospitaliere // *Encycl. med.-chir. (Paris, France), Psychiatrie*, 37956 A 10,10-1985, 10 p.

Racamber (P.C.). — Le soin institutionnel des psychotiques: nature et fonction // *Inform, psychiatrique*. Sipem edit. Lyon, vol. 46, n° 8, octobre 1970.

Sutter (J.). — *Un elege de la psychiatrie*. Paris: Frison-Roche, 1990.

Information psychiatrique, vol. 56, n° 9, novembre 1980. Numero special sous la direction de A. Becache, consacre a l'Hopital de jour- Centre de sante mentale de la Mutuelle generale de l'Education Nationale a Lyon.

Circulaire du 11 decembre 1992 relative aux orientations de la politique de sante mentale en faveur des enfants et adolescents.