

Особенности сновидений при лиминальном (психосоматическом) функционировании

Л.И. Фусу

Фусу Лариса Ивановна – психиатр, психоаналитик, психоаналитический психосоматик, кандидат медицинских наук. Ректор Института психологии и психоанализа на Чистых прудах.

Психосоматическое функционирование является лиминальным, граничным между пограничным и психотическим. Такое функционирование характеризуется скудной онирической и фантазматической жизнью. Способности к ментализации, ассоциативному мышлению слабо выражены, более того, по мнению А. Грина, у пациентов с таким функционированием отмечается центральная фобическая позиция в виде избегания ассоциативности. Такое избегание приводит к психическому умерщвлению, крайним выражением которого является маргинальный вариант психосоматического функционирования – оператуарность, машиноподобность. Сновидения у таких пациентов либо отсутствуют, либо поражают своей скудностью, пустынностью (отсутствием в них самого пациента, людей и живых существ). Часто отмечаются повторяющиеся сновидения – травматические, в которых воспроизводятся реально пережитые травмы. «Сырые» сновидения представляют собой неприкрытую реализацию влечений без малейшей психической проработки.

Ключевые слова: психосоматическое функционирование, оператуарность, «сырые» сны, оператуарные сны, агированные сновидения, травматические сновидения, сомнамбулизм, повторяющиеся сны, ментализация, фантомные боли, центральная фобическая позиция, риск соматизации, лиминальность, работа сновидения, идентичные сновидения, подобные сновидения, навязчивое повторение, химера.

«Субъект появляется вместе со сновидениями», утверждал Андре Грин, назвавший сновидение «мышлением без мыслей».

Все ли люди видят сны? Иначе говоря, все ли являются субъектами? Люди с пограничной/лиминальной структурой больше функционируют в режиме действий, чем мышления. Моторная разрядка преобладает над мыслительной. Ввиду бедности их репрезентативной, фантазматической, онирической активности и психической жизни в целом сновидят они редко. Нельзя сказать, что им неведомы душевные страдания, но именно недостаточная ментализация и отличает их и от невротиков, и от психотиков. Не случайно Фрейд объединял в одну группу – психоневрозов – людей со столь различной психической организацией. Их объединяла способность к психизации, ассоциативному мышлению, в первом случае – нормальному, во втором – патологическому. Остальные пациенты в ту пору составляли группу актуальных неврозов (пограничные пациенты наших дней).

Кризис общества и мировой системы в целом очерчен пограничными состояниями бытия. Как отмечает Андре Грин, все чаще мы обнаруживаем битриангуляцию – речь идет о полноценных семьях, в которых есть и мать, и отец, но они не справляются с соответствующими функциями. Границы личности не соблюдаются ими, закон не читится; родители не признают разницу между поколениями, полами. Их дети пребывают в континууме стабильности-нестабильности, в лиминальном, пограничном состоянии. Если лиминальные состояния общества и отдельно взятой личности затягиваются, они рискуют стать псевдолиминальными, маргинальными. Лиминальность, несмотря на все тяготы кризисного состояния, содержит в себе потенциальность развития.

Химера – лиминальное, пограничное и совместное, эфемерное, переходящее творение двух психик, редко появляется при работе с пациентами с таким скудным психическим функционированием. Химера – это творение двух бессознательных, психический продукт, плод первого, психического пути. Пограничные пациенты ввиду своей лиминальности находятся не на границе, а на границах – между психическим и поведенческим, между невротическим и психотическим, между пограничным и маргинальным.

В предисловии к книге «Дебаты с Мишелем де М'Юзаном о химере» Жак Пресс приводит знаменитое сновидение оператуарного пациента. Аналитик спрашивает пациента, страдающего эссенциальной гипертонией, видит ли он сны. Тот отвечает ему утвердительно. На просьбу аналитика рассказать какой-нибудь из них пациент отвечает: «Идет снег, идет снег, идет снег». «Оператуарное мышление не довольствуется тем, что организует дни и управляет ими. Оно сохраняет бдительность и руководит и по ночам», – комментирует Ж. Пресс.

Пациенты пограничной группы редко видят сны, и нас не удивляет, что они короткие, малосодержательные, ведь в целом такие пациенты мало ментализированы, их фантазматическая и онирическая жизнь скудна. Чем ближе пациенты к психосоматическому функционированию, тем более поразительна пустынность, безжизненность их сновидений, в которых

отсутствуют люди и какие-либо живые существа. Пациент может рассказать такой сон: «мне приснилось дерево», другой пациент может принести подобное сновидение: «видел во сне озеро». Годы аналитической работы приводят к тому, что в сновидениях сначала могут появиться животные («видел во сне собаку»), затем и сами пациенты – «мне приснилось, что я ем яблоко» или «я сижу в парке на скамейке». Потребуется еще пара лет, чтобы услышать, что приснился кто-то из инвестированных объектов. К примеру, мог появиться такой сон: «Мне приснилась покойная бабушка. Мы вместе что-то делали». Если нет ассоциаций самого пациента, как известно, мы ничего не говорим и не помогаем пациенту понять свое сновидение. Мы продолжаем слушать и терпеливо ждать.

Сновидения охраняют наш сон, выполняя работу сновидения, перерабатывая опыт недавно прожитых дней вкуче с ранними. Это онтогенетическая работа. По мнению Бернара Гольса и Рене Руссийона, работу сновидения можно также рассматривать как ежедневный труд над трансформацией архаического, то есть филогенетического, наследия. Архаические сцены, или первопроцессы, по их мнению, могут быть как структурирующими, так и разрушающими. Если младенцу, затем ребенку, повезет и рядом с ним будет находиться «разговаривающий или хотя бы думающий взрослый», ежедневная работа сновидения приведет к тому, что несвязанный, первичный, сырой, архаический материал, который был назван Андре Грином *avant-primaire* (допервичным), переработается в такой первичный психический материал, который сможет быть организован во вторичный психический процесс. Становится понятным процентное соотношение длительности парадоксального сна у младенцев и качества онирических процессов у подростков.

Работа сновидения у пациентов с психосоматическим функционированием слабо представлена; в целом их сновидения характеризуются разным ритмом (то они появляются часто и в большом количестве, то редко), повторяемостью (когда снятся одни и те же сны), выраженным избытком или чрезмерной бедностью первичных процессов. Сновидения либо слишком коротки, либо слишком длинны, ибо в целом при психосоматическом функционировании мы сталкиваемся либо с чем-то в большом избытке, либо в выраженной дефицитарности. Сновидения могут быть слишком близкими к событиям прошедшего дня, настолько, что состоят практически из дневных остатков. Это лиминальные сновидения, находящиеся на грани перцептивного и галлюцинаторного, реального и онирического. Образы (картинки сновидения) либо застывшие, либо быстро бегающие. Зачастую сценарии сновидений фиксированны, неподвижны и отводят к детским страхам, едва проработанным.

Скудные сновидения пациентов с психосоматическим функционированием могут обеднеть настолько, что приобретают статус оператуарных. Оператуарные сновидения, в основном состоящие из событий прошедшего дня, указывают на риск соматизации, особенно если в них повторяется сырое травматическое прошлое. Этот риск значительно возрастает, если сновидения и вовсе исчезают. Состояние хронической усталости, истощения, как физического, так и психического, может полностью

упразднить онирическую жизнь. Исчезновение способности сновидеть может быть первым индикатором работы негатива в понимании А. Грина. Работа негатива приводит к уменьшению психической продукции (символизаций, репрезентаций, идентификаций) вплоть до ее полного стирания. Исчезают индивидуальные особенности личности, уступая место коллективным, оператуарным. Позже стирание психической продукции вследствие работы негатива получило название «прелюдии» соматизации. Именно «прелюдия» наводила психиатров на мысли об излечении больных психозом. Они заметили, что, заболев соматически, галлюцинаторно-бредовые пациенты «излечивались». Описав феномен, они не смогли его объяснить и не обратили внимание на то, что «исцеление» на самом деле являлось лишь проявлением обеднения психической жизни – дементализации. Именно дементализация, утрата способности к психизации, психической проработке возбуждения и приводила к исчезновению психической продукции, не только патологической (симптомов невроза или психоза), но и нормальной (способности репрезентировать, символизировать, грезить). Поскольку у дементализированных психотиков исчезали бред и галлюцинации, они создавали впечатление «выздоровевших».

В работе 1924 года «Экономические особенности мазохизма» Фрейд отмечает, что неврозы, которые годами не поддавались никакому лечению, могли неожиданно исчезнуть вследствие несчастного случая или соматизации. В этой работе Фрейд ставит акцент на влияние бессознательной вины. Бессознательная вина удерживается человеком на одном и том же уровне, и, когда жизненная ситуация улучшается, сам человек бессознательно делает все для того, чтобы получить наказание, вследствие которого бессознательная вина возвращается на исходный уровень, сохраняя гомеостаз. Наказанием может быть любое несчастье, включая соматизацию. Не случайно, заболев, люди задаются вопросом: «За что мне такое наказание?»

Спонтанные и необъяснимые исцеления привлекали внимание врачей во все времена. Примечательны в этом контексте клинические случаи, приведенные П. Марти в своей книге «Индивидуальные движения к жизни и смерти», когда одни госпитализированные пациенты, прогностически благоприятные, умирали, будучи молодыми, крепкими, от обычных заболеваний, несмотря на адекватное лечение, а другие, старые, страдающие от неизлечимых заболеваний, – выздоравливали, несмотря на то что прогностически были неблагоприятными, да к тому же и лечение им назначалось неадекватное, оно приводило к ухудшению, и состояние пациентов становилось угрожающим для их жизни.

В 1984 году П. Марти выделяет четыре разновидности сновидений.

Первая. Отсутствие снов. Как известно, при психосоматическом функционировании циркуляция между инстанциями первой топики Фрейда (бессознательное, предсознательное, сознательное) снижена вплоть до полного прекращения. Отсутствие сновидений связано с изоляцией бессознательного, «которое больше не выдает», из которого психическое содержание не попадает в предсознательное. Знаменитое высказывание

Марти о том, что бессознательное принимает, но не выдает, указывает на отсутствие циркуляции между указанными психическими инстанциями, ведущее к оторванности человека от собственного бессознательного, со всеми мнестическими следами, всем личным опытом, находящимся в нем. И тогда возбуждение, идущее от влечений, находит другие пути для разрядки вместо репрезентаций и онирической продукции.

Вторая разновидность. Опературные сны. Они повторяют события предыдущего дня и предшествуют грядущей запрограммированной жизни. Автор предупреждает, что такие фактуальные сновидения должны насторожить терапевтов, поскольку они указывают на соматический риск инорганизованного (изначально недостаточно организованного) или дезорганизованного психического аппарата. Сновидения, состоящие только из дневных остатков, указывают на отсутствие латентных мыслей и объясняют невозможность формального регресса.

Повторяющиеся сновидения – третья разновидность сновидений. Они указывают на стагнацию психической жизни. Бессознательное осуществляет мощный выброс, в то время когда предсознательное ничего не воспринимает. Сказываются отсутствие сообщения между инстанциями первой топки и особенности функционирования предсознательного у психосоматических пациентов – оно бедное, в нем мало репрезентаций, они малодинамичны, и в целом предсознательное пребывает в коллаптоидном состоянии. Такие сновидения становятся чаще всего кошмарами – это спорные сновидения, поскольку кошмары лишены основной характеристики сновидений – работа сновидения не происходит. При повторяющихся сновидениях мы имеем дело с застывшим психическим аппаратом и с мышлением, фиксированным на травме.

Четвертая разновидность – «сырые» сновидения. Появляются при неврозах характера или неврозах поведения, изображают в прямых, неприкрытых сценах реализацию целей влечений, являясь «фотографиями примитивного/первичного бессознательного и вытесненного» сновидца без малейшей проработки, цензуры. Как и кошмары, такие сновидения не поддерживают сон и указывают на плохо организованный психический аппарат. Техника работы с сырыми сновидениями, описанная Катрин Пара, осталась практически неизменной – мы не поддерживаем исследование таких сновидений, даже если у пациентов есть ассоциации к ним.

Однако чаще всего никаких ассоциаций к таким сновидениям у пациентов нет, и мы, следуя общим техническим правилам работы со сновидениями, если сновидец не дает никаких ассоциаций, храним молчание и продолжаем слушать.

Самыми распространенными являются повторяющиеся сны. Такие сновидения – травматические сны. Они сродни навязчивому повторению. Травма, особенно ранняя, оставляет брешь в психике. Она также является ядром того, что воспринимается аналитиком как сопротивление. Именно травматическое ядро запускает навязчивое повторение. Оно продолжается до тех пор, пока не становится понятным, что брешь в последующем, как это ни парадоксально, служит гарантом. Эта брешь становится гарантом связи с объектом, такая брешь является носителем инвестирования,

словно говоря: «Вот что объект сделал со мной» — причем в двойном смысле этого выражения: «Это то, чем я являюсь, и именно это и связывает меня с объектом».

Это также может означать и следующее: то, что было вложено Я, затраченная энергия, необходимая для закупоривания этой брешы, одновременно функционирует наподобие зерна песчинки, вокруг которой наращивается психический жемчуг. Вокруг брешы кристаллизуется психика. Эта брешь одновременно является памятником борьбы, которую провело Я, защищая свою целостность, пытаюсь выжить. И тогда становится понятным, насколько сложной была работа горя, почти невозможной. При всякой новой потере появляется риск проявления первогоря, риск, что старые раны откроются вновь, а также риск, что для того чтобы справиться с открытыми ранами, Я прибегнет к уже известным средствам. Эта песчинка, вокруг которой сформировалась психика, не является данностью, она появилась, к великому сожалению, случайно, в борьбе зарождающегося Я за свое развитие и даже за само существование. Внутри этой песчинки находится недостаточность, хрупкость, которая проявляется на протяжении всей жизни всякий раз, когда человеку сложно справиться с требованиями жизни.

Травматические сновидения — это кошмары. Можно ли назвать кошмары сновидениями? Ведь они не находятся на страже сна и чаще всего повторяют реальные события во всей их сенсорно-перцептивной реальности. Кошмары указывают на крах работы сновидения; по сути, они являются неудавшимися сновидениями. Однако кошмары гораздо более продвинуты, чем некоторые случаи сомнамбулизма. Сомнамбула действует, он проигрывает, вместо того чтобы психизировать. Нередко сомнамбулизм — это агированное сновидение.

Используется второй, поведенческий путь, поскольку первый, психический, в силу ряда причин недоступен.

В фильме «Сны Акиры Куросавы» мы и вовсе сталкиваемся с инверсией ночной онирической функции.

Примечательны травматические сны Джованны, пациентки Лицы Гутиера-Грин с психосоматическим функционированием, страдающей от фибромиалгии: «Они грубые, сырые, садистические». В одном из них Джованна врезается на своей машине в автобус, в котором находится ее мать. Лицо и видимые части тела матери покрыты гематомами, мама испытывает боль, «что отводит к ее собственной миалгии и слиянию с матерью». В другом сне она упрекает свою мать. Здесь мы имеем дело с простой инверсией. В жизни, наоборот, мать упрекала ее. После рассказа сновидений у Джованны не появлялись никакие ассоциации, «как если бы агрессивность агировалась без малейшей проработки, без малейшей трансформации, — сны были больше разрядкой, чем реализацией желания».

Позже в одном из сновидений Джованна находилась в аду и наблюдала за мучениями грешников. Затем она сразу озвучила свое желание родить ребенка, за которым скрывались фантазмы о похищении детей, желание

смерти младенцу, которое она сама связала с выкидышем у собственной матери.

Мы задаемся вопросом, какая техника была применена Лицей? И как аналитик может узнать о бессознательных фантазмах?

Вот проясняющий отрывок:

Джованна приносит сон: «Я нахожусь в аду. Грешников пытаются и мучают. Я нахожусь в стороне и наблюдаю».

Пациентка молчит, аналитик тоже. Так аналитик дает возможность пациентке ассоциировать. Как известно, все слова, сказанные пациентом после сновидения, являются ассоциациями к нему.

После некоторой паузы Джованна продолжает: «Я хотела бы родить ребенка».

Аналитик, следуя общепринятой технике не делать никаких интервенций и не поддерживать интерпретации «сырых» снов, сделанные пациентами, продолжает молчать.

Джованна: «Люди похищают детей». (Пауза.)

«Зачем они это делают? Они их мучают, затем убивают».

(Эти слова-ассоциации пациентки указывают на бессознательные фантазии о похищении и умерщвлении детей.)

Джованна: «У моей матери был выкидыш».

Как видно из этого отрывка, аналитик слушает, никак не вторгаясь в мыслительный процесс пациентки, поскольку материал является травматичным. Однако аналитик не просто слушает. Он слушает, пытаясь понять, что происходит с пациентом и что он пытается донести. Одновременно в психическом аппарате аналитика происходит постоянная работа по репрезентированию и символизированию. Аналитик «одалживает» свой психический аппарат пациенту. Вот почему во время сеансов и некоторое время после них пациент функционирует гораздо лучше, чем обычно.

При повторяющихся сновидениях может повторяться:

1. Тема.
2. Онирический способ.
3. Деталь сновидения.

Повторение темы является следствием моторного акта, который готов к запуску. Так обстоят дела при радикулите – повторяется тема изнасилования и преследования. Моторная разрядка не удается, и вместо нее появляются боли в пояснице.

Онирический способ повторяется при психосоматическом функционировании. Это особенно наглядно при цефалгии (головных болях) – характерны застывшие образы. Пациенты говорят об обездвиженной сцене, как если бы глаз сновидца был прикован к ней. Возвращение к мобильности в сновидении является индикатором, указывающим на мобильность репрезентаций и на конец захвата психической жизни со стороны предсознания. Пример сна: пациентка говорит, что во сне она неподвижна, парализована. Ее мать и ее отец находятся перед ней. Неожиданно к ней возвращается подвижность, и она жестоко ударяет мать с криками: «У меня больше не болит голова».

Примером повторения детали могут быть сны об ампутированной конечности, сны, часто приводимые П. Марти. Речь идет о повторении детали сна и о манере, с которой онирическая жизнь, когда она подчинена первичному галлюцинаторному процессу, может аннулировать отношение к реальности собственного тела. Пока не будет проделана работа горя по утраченной конечности, пациентам будут сниться их отсутствующие конечности, и они будут испытывать фантомные боли.

Исчезновение такой онирической негации указывает на скорое исцеление от фантомных болей. От них можно избавиться, только проделав полноценную работу горя.

Известно, что аллергические приступы часто появляются ночью, указывая тем самым на неудавшееся сновидение. Психический аппарат функционировал так скудно, что был не в состоянии создать хотя бы кошмар. Некоторые аналитики приравнивают такие приступы аллергии к агитированным сновидениям типа сомнамбулизма.

Мишель де М'Юзан отметил, что навязчивое повторение может быть «идентичным», а может быть «подобным». Автор по аналогии описал повторяющиеся идентичные сновидения и подобные сновидения. При идентичном навязчивом повторении и при идентичных сновидениях травма воспроизводится без каких-либо изменений, что указывает на отсутствие трансформаций, характерных для обычных сновидений. Именно поэтому повторяющиеся сновидения – это кошмары, в которых ничего не видоизменяется, ничего не перерабатывается, а просто повторяется травма, нередко без малейших изменений. Пример – кошмары Рокки из «Добровольных галерщиков» Ж. Швека, которому снилась реально пережитая в детстве авария. Кошмары нарушали сон Рокки, который просыпался в ужасе. Ему вновь и вновь снились одни и те же сцены аварии, в которой их машина, за рулем которой была мать, столкнулась с другой, Рокки вылетел через дверцу машины и лежал один на откосе, в то время как мать склонилась над его умирающей сестрой. Как указывает Ж. Швек, даже такие сновидения в начале терапии были редкими и «несли на себе отпечаток недостаточности работы сновидения». Они лишь содержали реально пережитые сцены, повторяли, словно копии, дневные события. Если в повторяющихся сновидениях происходит малейшая трансформация, это говорит о проработке, пусть ничтожной. Такие кошмары были названы М. де М'Юзаном «подобными».

Обычно пациенты видят один и тот же травматический сон. К примеру, пациентке снится, что с ней что-то делают, она кричит, но ее никто не слышит. И она понимает, что ей остается только перетерпеть, пока все закончится. Этот сон повторял детали травматических реальных событий ее жизни (абыюз), о чем она сама смогла сказать лишь на пятом году терапии, после того как идентичные кошмары сменились подобными, в которых проявлялась некая психическая работа. Вскоре скудные сны тяжелобольной соматически пациентки расширились и обогатились. Переход от идентичных кошмаров к подобным сделал возможными интервенции аналитика.

Фрейд писал о таинственном скачке из психического в соматическое. Когда душевные страдания становятся невыносимыми, они меняют свое место, становясь соматическими. Вернуться обратно в область психического они смогут только в результате психизации. В этом суть техники работы с пациентами с психосоматическим функционированием. Работа с такими пациентами требует специальной дополнительной подготовки. Аналитик учитывает массивность деструкции и пустот, с которыми ему придется столкнуться. Работа с пограничными личностями предполагает использование редких интервенций, а интерпретации становятся возможными лишь через годы. Кристофер Боллас обращает внимание на то, что интерпретации аналитика приводят к деконструкции невротических защит. Деконструкция берет начало с деструкции, как пишет М. Хайдеггер. Деконструкция изначально понимается как разрушение, и в философии, и в психоанализе. Постепенно понятие деструкции, разрушения в философском дискурсе трансформируется в «обновленное созидание». Разрушение может привести к созиданию нового, пишет М. Хайдеггер. Однако, если у невротиков изначально присутствуют способности к синтезу и интеграции, благодаря которым они либо смогут восстановить защиты, разрушенные нами, либо построят новые, у пограничных личностей невротических защит очень мало. Интерпретация разрушает их защиты, а возможности для построения новых у таких пациентов отсутствуют.

Исследуя сновидения у пациентов с лиминальным (пограничным) функционированием, можно отметить, что их сновидения тоже являются лиминальными. Они находятся на границе между сном и явью, между галлюцинаторным и перцептивным, между реальным и воображаемым.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. La chimère des inconscients. Débat avec Michel de M'Uzan. Presses Universitaires de France, 2008, 21–28.
2. Des psychanalystes en séance // Editions Gallimard, 2016, 15–19.
3. Фусу Л. Кризисное состояние, переломное и лиминальное в политическом дискурсе. Евразийский юридический журнал, № 8 (123) 2018, с. 428–430.
4. Хайдеггер М. Введение в метафизику. СПб., 1997, с. 10–15.
5. Bollas Chr. The Shadow of the Object. Columbia University Press. 1989. 301 p.
6. André Green. La folie privée. Editions Gallimard, 1990, 159–163.
7. К. Смаджа. Оперативная жизнь. М.: Когито-Центр, 2014.
8. Ж. Швек. Добровольные галерщики. М.: Когито-Центр, 2016.
9. Marty P. L'ordre psychosomatique, Les mouvements individuels de vie et de mort, Essai d'économie psychosomatique, t. II. Paris, Payot, 1980.

Features of dreams in liminal (psychosomatic) functioning

L.I. Fusu

Fusu Larisa Ivanovna – psychiatrist, psychoanalyst, psychoanalytic psychosomatic, candidate of medical sciences. Rector of the Institute of Psychology and Psychoanalysis on Chistye prudy.

Psychosomatic functioning is liminal, transitional and can be placed between borderline and psychotic. This functioning is characterized by a meager onyric and phantasmatic life. The ability to mentalize, associative thinking is poorly expressed, moreover, according to A. Green they have a central phobic position in the form of avoidance of associativeness. Such avoidance leads to mental mortification, the extreme expression of which is a marginal version of psychosomatic functioning – operativeness, machine-likeness. Dreams of such patients are either absent, or amaze with their scarcity and deserted spaces (the patient himself, people and living creatures are absent in such kinds of dreams).

Often, we observe recurring dreams – traumatic, reproducing real traumas of the past. "Raw" dreams are presented as an undisguised realization of drives, without the slightest sign of mental elaboration.

Keywords: psychosomatic functioning, operativeness, "raw" dreams, operative dreams, agitated dreams, traumatic dreams, somnambulism, recurring dreams, mentalization, phantom pains, central phobic position, risk of somatization, liminality, dream work, identical dreams, similar dreams, obsessive repetition.