

## Дефицитарность кадра

**Л.И. Фусу**

*Фусу Лариса Ивановна – психоаналитик, психиатр-нарколог, кандидат медицинских наук, член Международной психоаналитической ассоциации (IPA), член Парижского психоаналитического общества (SPP), член IPSO им. П. Марти. Ректор Института психологии и психоанализа на Чистых прудах.*

*Гарантом кадра является аналитик, профессионализм помогает аналитику устоять перед нескончаемыми атаками пациента на кадр. При выборе кадра аналитику надлежит хорошо его обдумать. Кадр, который предлагается аналитиком пациенту без учета ранних травм, может привести к тяжелым последствиям в виде актингов и соматизаций.*

*Ключевые слова: кадр, дефицитарность кадра, анализабельность, конверсионные симптомы, неудачное вытеснение, ложная ассоциативность, психосоматические симптомы, актинг, соматизация.*

*«Символизация возможна только в условиях кадра».*  
Рене Руссийон

*«Разве мы можем предложить что-то лучшее пациенту, особенно пограничному, чем четкий кадр?»*  
Дени Рибас

Дефицитарность, ущербность кадра зачастую делает работу аналитика невозможной, осложняет аналитический процесс, приводит к тяжелым последствиям, разнообразным агированием и частым соматизациям. Не все пациенты анализабельны, особенно те, кто так и не добивается до нашего кабинета. Психоанализ – не панацея, более того, как подчеркивает Жак Пресс, он многим противопоказан, особенно тем, кто к нам так и не обращается. Рассматривая вопрос анализабельности, Жак Пресс обращает внимание на важность исследования контртрансферентных чувств, сохранения уважения к пациенту, не допускающего его затапливания чувствами аналитика. Всякий раз когда нас постигает неудача, писал Андре Грин, нам следует задуматься об анализабельности пациента, но сначала о том, достаточно ли подходящую технику мы

подобрали под конкретного пациента. В статье под названием: «Ты хочешь ее убить?» Дени Рибас пишет о том, что психоанализ показан далеко не всем и что если психоаналитическая терапия нередко может помочь, то психоанализ может убить пациента, которому он не показан. Однажды Дени Рибас отправил свою знакомую на анализ к Пьеру Марти. Вскоре Марти позвонил ему, сказав именно эти слова: «Ты хочешь ее убить?» С тех пор Д. Рибас стал обдумывать обстоятельнее каждый раз кадр, который намеревался предложить новому пациенту.

Патрисия, 35-летняя пациентка Жан-Пола Обадя, через 15 дней после сепарации с аналитиком в связи с окончанием анализа, длившегося девять лет три раза в неделю, впала в кому и вышла из нее с гемиплегией. Анализ был завершен, со слов аналитика, с приятными чувствами с обеих сторон, с удовлетворением от хорошо проделанной работы. После выписки из больницы пациентка вернулась к своему аналитику в инвалидной коляске со словами «Теперь я ваша навечно» и «Вам нельзя было меня отпускать», что указывает на сложность, а может, и на невозможность сепарации для нее.

Марилия Айзейштейн опубликовала статью о первичном интервью мадам О., которая была шесть лет в анализе, начавшемся из-за общего плохого состояния. Поскольку оно значительно улучшилось, мадам О. решила закончить анализ, однако вскоре у нее был обнаружен рак прямой кишки. После операции и химиотерапии она была направлена онкологом в ИПСО. На первичном интервью мадам О. поведала, что с детства страдала диареей и болями в животе, которые после многолетней ремиссии вновь неожиданно для нее появились во время анализа, а затем и вовсе участились. Аналитик все время интерпретировал их как проявления отношений с матерью, однако к их прекращению или хотя бы ослаблению эти интерпретации не привели.

Как известно, конверсионные соматические симптомы являются следствием внутреннего конфликта, связанного с возникновением запретных сексуальных или агрессивных желаний, которые вытесняются. При удачном вытеснении пациент не вспоминает об этих желаниях, а при неудачном появляется конверсионный симптом. Психические репрезентации таких желаний конвертируются в соматические симптомы. Именно отсутствие запрещающей внутренней инстанции и, как следствие, невозможность возникновения запретных желаний, а также неспособность вытеснить и символизировать приводит к появлению так называемых психосоматических симптомов, поражающих органы и несущих угрозу не только здоровью, но и жизни. Они появляются при отсутствии внутреннего конфликта как единственный возможный способ удержания пациента в жизни. Проанализировав 20 пациентов с колонопатией (патологией кишечника с диареей), Леон Крайслер обнаружил у них различные нарушения материнского ухода и обрывы непрерывности инвестирования в раннем детстве, ведущие к нарушению чувства непрерывности существования. В случае мадам О. речь шла о грубом и тяжелом разрыве инвестирования, так как ее мать умерла, когда пациентке было шесть месяцев. Размышляя об этом случае, Кристоф Дежур и Клод Смаджа поднимают

вопрос анализабельности и кадра, а именно была ли показана такой пациентке работа лежа три раза в неделю. Похоже, аналитик был сбит с толку богатством онирической активности, ложной ассоциативностью пациентки. Лишь позже аналитик заметил, что это были «сырые» сновидения, с неприкрытыми эротическими и садистическими сценами, с участием незамаскированных первичных объектов, которые скорее служили для эвакуации и были непригодными для интерпретации. Пышный истерический фасад пациентки лихо скрывал ее пограничную организацию. Репрезентативное богатство Патрисии, похоже, было подчинено принципу, находящемуся по ту сторону принципа удовольствия, репрезентации у нее появились лишь в попытке справиться с ранними травматическими ситуациями. Таким образом, становится понятным, что кажущаяся хорошая ментализация свидетельствовала не об ассоциативных способностях, а о стремлении к контринвестированию. Количественное измерение, связанное с приступами сексуального возбуждения, как за пределами кадра – она говорила о частой смене партнеров, – так и внутри, когда пациентка с упоением говорила о своих прекрасных менструациях, сожалела о том, что она не мужчина, а если бы это было так, «то мы бы с вами здоровались не рукопожатием, а пожатием пенисов, я бы стукнула своим пенисом по вашему и сказала бы: привет, чувак», – и вовсе указывало на развязавшиеся влечения. Как известно, работа аналитика в таких случаях ориентируется не вокруг интерпретаций, а вокруг связывания.

Об одном распространенном трансфер-контртрансферном проявлении пишет Клод Жанен в своей книге о судьбах травматизма. Речь идет о пациентке, работа с которой находилась под постоянным супервизированием. Однажды аналитик закончил последний сеанс на неделе на 15 минут раньше и смог обнаружить это только перед приходом следующего пациента. Этот контртрансферентный актинг занимал аналитика, он говорил о нем и на своих сеансах во время личного анализа, и с супервизором, но пациентка не сказала ни слова об этом за все шесть лет анализа, поэтому возможность поговорить и проработать отыгрывание аналитика так и не представилась. Спустя годы пациентка пожелала увидеть аналитика, чтобы сказать, что у нее все было хорошо, за исключением одного события, причинившего ей много боли. Аналитик говорил с ней около часа – так обычно он «декадрирует» встречи со своими бывшими пациентами, которые могут прийти по их желанию, рассказать о своей жизни после анализа. Несомненно, считает К. Жанен, бессознательно ему хотелось вернуть пациентке те 15 минут. Вскоре пациентка пожелала увидеть его еще раз. Она пришла со словами: «Странно, в прошлый раз у меня было ощущение, что вы приняли меня всего лишь на полчаса». В данном случае ложное, нарушенное восприятие бывшей пациентки позволило поговорить о том, что случилось давно и что находилось внутри нее все время как «неприкасаемое включение», вернувшееся квазигаллюцинаторно. После второй встречи пациентка смогла продолжить свою жизнь, протекающую счастливо, как она сообщила лет через десять. Именно о том сеансе ей и хотелось поговорить, именно для этого она и приходила после анализа.

Ирина Адомникэй описывает пациентку, которая на протяжении месяцев нападала на аналитика, обвиняла его, проявляла недовольство его внешним видом, голосом, походкой, работой. Аналитик пытался связывать атаки с ее личной историей, но они все время возобновлялись. Все указывало на то, что начало негативного переноса было упущено и агрессия вкупе с напряжением нарастали. Однажды, выйдя из аналитической позиции, аналитик сказал: «Так больше продолжаться не может. Либо мы пытаемся понять, что происходит, либо прекращаем работу». Пациентка ответила: «Хорошо, хоть так. Когда я пыталась что-то сказать своей матери, проявить хоть какое-то недовольство ею, она тут же хваталась за лекарства и говорила, что я хочу ее смерти». Так одна из заповедей психоаналитика «не быть таким же, какими были первичные объекты пациента» смогла послужить делу на благо, несмотря на выход аналитика в реальность и на его отыгрывание посредством слов.

Как известно, пациент, особенно пограничный, приходит на сеансы в том числе и для того, чтобы атаковать кадр. И делает он это вовсе не из-за своей злонамеренности, а потому, что, как указывал еще Винникотт, чтобы почувствовать себя в безопасности, пациенту необходимо убедиться, и не раз, как в прочности кадра, так и в прочности самого аналитика, иначе ему невозможно будет сказать: «Объект, ты выжил, я не смог тебя разрушить, я тебя люблю!»

Такие пациенты часто провоцируют к агитированию, что приводит к тому, что аналитики теряют аналитическую позицию и выходят в реальность и/или совершают тот или иной актинг.

Когда Андре Грин был молодым аналитиком, он работал с пациенткой Нанон и «из-за контртрансфера совершил в работе с ней целый ряд грубых ошибок, которые сделали из этого случая самую вопиющую неудачу». Пациентка не пропускала и не опаздывала, но приходила на сеансы для того, чтобы бороться с собственной ассоциативностью. Лишь позже Грину удалось понять суть происходящего и описать центральную фобическую позицию, борьбу пациентов с собственной ассоциативностью.

В интервью Клоду Смаджа Андре Грин говорит, что, «попав в ловушку негативного отношения к пациентке», он вышел за пределы аналитического кадра – пациентка звонила и писала ему письма. И если при первых звонках он «прилагал усилия сохранять немоту», то постепенно пациентке удалось затянуть его в телефонные разговоры. Переписка и телефонные разговоры, как пишет А. Грин, сделали работу с ней невозможной, поэтому, как принято в таких случаях, он наметил дату окончания работы, но пациентка резко психотизировалась. Разные аспекты и отрывки случая Нанон описаны в нескольких статьях Грина. Когда через некоторое время после стабилизации психического состояния Андре Грин опять назначил дату окончания анализа, пациентка соматизировала. Так анализ продлился на долгие годы, и его исход оказался трагичным.

Тяжелая соматизация и даже смерть во время анализа может быть связана со смешением языков, которая, как полагает Жак Пресс, появляется в аналитическом процессе чаще, чем можно было ожидать: пациент может рядиться в сексуальные одежды, соблазнять аналитика, и беда, если

аналитик будет не в состоянии услышать по ту сторону соблазнения фундаментальные потребности пациента: в понимании и когерентности своего Я. Дефицитарность объекта, то есть аналитика, проявится в том, что он будет интерпретировать влечения и сексуальность. Пациент, переживший такое смешение языков, находясь в плену навязчивого повторения, будет проигрывать вновь и вновь игру в любовь, связавшуюся у него с разрушением и смертью. Такой пациент будет показывать и себе, и другим, что любить – значит разрушать, быть любимым – значит быть разрушенным. В аналитических отношениях, указывает Жак Пресс, могут проиграться ситуации из фильмов Генри Джеймса «Крылья голубки» и «Дикарь в джунглях». Молодые героини угасают и постепенно умирают из-за неразделенной любви. Если объект дефицитарен, мечта быть любимой становится симптомом деструкции. Что-то непсихизированное внутри субъекта входит в резонанс с несвязанной деструктивностью объекта/аналитика, – исход всегда катастрофичен.

Тяжелые отыгрышания пациентов, как утверждают Юлия Кристева, Филипп Жежер, могут быть связанными с дефицитарностью аналитика и выбранного им кадра. В статье «Человек с коллажами» Юлия Кристева на примере своего пациента Дидье показывает, что преждевременные и неподготовленные интерпретации, длинные интерпретации или обращенные к интеллектуальной сфере, как и попытки интерпретирования «сырых» сновидений, лишь усиливают патологические защиты и могут привести к соматизациям, нередко с угрозой для жизни.

Уместны слова П. Дени о том, что нередко аналитики не анализируют перенос, так как это означало бы потерять пациента. Он призывает аналитика исследовать собственное головокружение от власти над пациентом, иначе его интервенции будут направлены на собственную выгоду, удержание власти. Тогда вместо того, чтобы сделать пациента свободным, своим функционированием аналитик раздает нарциссические вознаграждения, делая пациента зависимым от себя. В отличие от влюбленности в обыденной жизни, продолжает П. Дени, в аналитическом процессе все зависит от аналитика, которому следует отделять то, что адресовано ему, от того, что адресовано фигурам прошлого, и оказываться, таким образом, вне любовной иллюзии. Аналитик, продлевающий пациенту сеанс на несколько минут, сопровождающий его в туалет, предлагающий ему воду или чай, переписывающийся с пациентом (как показывал не раз А. Грин, великие преступления начинаются с малых), соблазняет пациента не аналитическим методом, а лично собой. Пациент вправе ждать продолжения таких эксклюзивных отношений, что вызывает в нем ураган деструктивных чувств, которые в принципе невозможно проработать, поскольку аналитик может работать только с тем, что повторяется в трансфере, а такая невыносимая ситуация создается не трансфером, а им самим. Во времена Паулы Хайманн аналитики позволяли себе загружать пациентов своими контртрансферными переживаниями. Практический опыт показал, к чему это может привести (в частности, к усилению неосознанной вины пациента и к тяжелым ситуациям наказания), именно поэтому свои контртрансферные чувства аналитик исследует во время

своего анализа, что помогает ему не только лучше понимать своих пациентов, но и не загружать их ими.

В заключение хочу привести слова Клода Смаджа: «Все, что происходит во время анализа и после него, должно рассматриваться в связи с аналитическим процессом».

## СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Смаджа К. «Опературная жизнь. Москва: Когито-Центр, 2014.
2. La chimère des inconscients. Débat avec Michel de M'Uzan. Presses Universitaires de France, 2008. P. 21–26.
3. André Green. La folie privée. Editions Gallimard, 1990. P. 159–163.
4. André Green. Ilusion et desillusions du travail psychanalytique. P. 187–189.
5. Sandor Ferenti. Sur les addictions Edition Paeot Rivages, 2008. P. 13–18.
6. Bernard Chervet, Christine Jean Stochlic. Le reve et la seance PUF. P. 105–107.
7. Marty P. Lordre psychosomatique, Lesmouvements individuels de vie et de mort, Essai d economie psychosomatique, t.II. Paris, Payot, 1980.
8. Claude Janin. Figures et destins du traumatisme // Presses Universitaires de France, 1996, 108, boulevard Saint-Germain, 75006 Paris. P. 19–25.
9. Revue Francaise de Psychosomatique №15, 1999, Douleurs, Presses Universitaires de France, 1999, 108, boulevard Saint-Germain, 75006 Paris. P. 24–29.

## Deficiency of the psychoanalytical setting

*L.I. Fusu*

*Fusu Larisa Ivanovna, psychoanalyst, psychiatrist-narcologist, Ph.D. of medical sciences, member of the International Psychoanalytic Association (IPA), member of the Paris Psychoanalytic Society (SPP), member of the IPSO named after P. Marti. Rector of the Institute of Psychology and Psychoanalysis on Chistye prudy.*

*The analyst is the guarantor of the setting; professionalism helps the analyst resist the patient's endless attacks on the frame. In choosing a frame, the analyst should think it over well. A frame offered by the analyst to the patient without regard for their early trauma can lead to severe consequences as actings and somatizations.*

*Keywords: setting, frame deficiency, analyticity, conversion symptoms, failed displacement, false associativity, psychosomatic symptoms, acting, somatization.*