

В семидесятых одновременно с популяризацией диагноза “пограничное расстройство” начался также и рост числа таких пациентов, которым были свойственны четыре основные черты этого синдрома, статистически выделенные в 1968 году Гринкером:

- агрессивность и склонность к гневу;
- проблемы с аффективными отношениями: анаклитическими, зависимыми, дополняющими, но не взаимными;
- проблемы с идентичностью;
- чувство депрессии, но не меланхолического характера, а скорее связанное с затворничеством.¹

Те расхождения, которые существуют среди клиницистов в отношении этого феномена, не связаны с оценкой распространенности этого синдрома, а касаются вопроса о происхождении этого расстройства и его интерпретации. Наиболее распространенное объяснение этого феномена связывает его с прогрессом в знании о психическом функционировании, благодаря которому и удалось выделить это прежде игнорируемое заболевание. Но мы не можем придерживаться столь обманчивой и оптимистичной точки зрения, сглаживающей неровности в прогрессе научного знания. Достаточно ознакомиться с работами основных теоретиков этого концепта, чтобы столкнуться с сомнениями в отношении верности упомянутого утверждения, так как все они серьезно расходятся в отношении самой природы этого расстройства, например, Кернберг считает пограничное расстройство стабильной структурой, тогда как Бержере считает его неструктурированным состоянием. Стоит также отметить, что Когут отрицает существование пограничной организации, но выделяет в этом же клиническом поле, с одной стороны, психозы и пограничные случаи, а с другой - нарциссическую личность, которая развивают специфические формы переноса.² И так, часть теоретиков считают пограничное состояние некой скрытой формой психоза, вторые - недифференцированным состоянием, тогда как третьи утверждают, что это некий атипичный невроз. Подобное расхождение в столь существенном вопросе не позволяет нам согласиться с утверждением о возникновении пограничного расстройства вследствие прогресса в знании о функционировании психики.

В действительности, можно даже привести ряд свидетельств утверждающих необходимость отказаться от этого концепта. И так, давайте бегло рассмотрим историю этого понятия. Термин “пограничное расстройство” впервые был использован М. Hugues в его статье “Alienist and Neurologist” (1884), в которой он описывал “рубежное состояние безумия”, которое в силу не соответствия действительным концептуальным потребностям вскоре было забыто. Последующее основательное разделение и дифференциация психоза и невроза, осуществленное учением Фрейда, привело к длительному периоду относительной незаинтересованности в вопросе их разграничения. Если же и имели место какие-то дискуссии на эту тему, то они скорее были связаны с определением концепта шизофрении. Отсутствие строгости в определении шизофрении Блейлером³ привело к буйному расцвету различных

¹ R.R Grinker, B. Werble, R.C. Drye, The Borderline Syndrom, a Behavioral Study of Ego-functions. Basic Books, New-York, 1968.

² H. Kohut, Le soi, 1971, P.U.F., Paris, 1974.

³ J.-C. Maleval, Smembrare la schizofrenia in Clinica. Milan. Spirali, 1981, 3, pp. 43-59.

нозологических нововведений: шизоидность, шизотимия, шизомания, шизозис, шизоневроз, легкие формы шизофрении, шизостения, апсихотическая шизофрения, шизонойя, скрытая шизофрения, и др.

Рождение современного представления о пограничном расстройстве произошло непосредственно после смерти Фрейда. Два американских психоаналитика, Адольф Стерн и Виктор Эйзенштейн, пытались определить границы фрейдовского психоанализа в отношении ряда неанализабельных клиентов, которые тем не менее не были психотиками. Мы еще вернемся к этому моменту позже.

Вскоре произошло открытие нейролептиков, которые ввиду их успешности в ослаблении бреда, галлюцинаций и тревоги полностью изменили симптоматику психоза, что также привело к росту таких числа пациентов, работа с которыми не требовала госпитализации. Прошлый акцент на разграничении расстройств (первые авторы отталкивались от ограничений в клинике невроза) был смещен нейролептиками к новой клинике пациентов, находящихся на рубеже психоза.

Именно в 1967-1971 гг многие аналитики во Франции и США обратили внимание на концепт пограничного расстройства и нарциссической личности, и стремились придать ему мета-психологическую состоятельность (Кернберг⁴, Бержере⁵, Когут). Их работы повлекли за собой других и со временем количество таких исследований только росло.

К концу XX века пограничное расстройство стало достаточно распространенным диагнозом. Можем ли мы объяснить столь успешное развитие этого диагноза иначе, кроме как ввиду значимости поддерживающих его конструкций? Три основных факта могут помочь нам понять этот феномен:

- быстрое развитие биологизаторских терапий, оперирующих неясными защитными конструкциями
- значительное ограничения поля истерии
- непонимания структуры неразвязанного психоза.

Каждое из этих условий сыграло свою роль в создании места для пограничного расстройства, и далее мы их рассмотрим.

Принципиальные черты этого концепта основываются на широком и слабо очерченном семиологическом определении, которое в действительности никоим образом не оберегает его от демонтажа. Ряд авторов утверждали, что именно в рамках пограничного расстройства следует проводить разграничение между психозом и неврозом. Например, для Ринкера (1968), линия между психозом и неврозом должна быть разбита на 4 части - от той, что ближе к психозу, до той, что ближе к неврозу. Другие авторы выделяют иные своеобразные формы этого расстройства, например, когда утверждают, что наркотическая зависимость - это "пограничное состояние в самом пограничном состоянии"⁶. Тогда как еще одни авторы в рамках того же

⁴ O. Kernberg, Borderline Personality Organisation in Journal of American Psychoanalytical Association, 1967, 15, pp. 641-685.

⁵ J. Bergeret, Les Etats-limites in Revue Francaise de Psychanalyse, 1968, 32, 5-6, pp. 1001-1004.

⁶ A.-J. Charles-Nicolas, J.-C. Archambault, J.-P. Macher, Un état limite dans l'état limite: la toxicomanie in Actualités psychiatriques, 1979, No 8, pp. 53-57.

клинического поля выделяют другие концепты: “белый психоз” (Грин, Донне), “маргинальный психоз” (Панкова), нарциссическая личность (Когут), и пр.

Также следует обратить внимание на то, что в итоге своего развития этот концепт, первоначально приближенный к неврозу, сегодня всё более и более смещается в сторону психоза. И, хотя описанная тенденция и является основной, тем не менее существует и широкий диапазон других точек зрения. Некоторые связывают пограничное расстройство с псевдо-невротической формой шизофрении, другие говорят о неврозе с психотическими механизмами, можно также свернуть в сторону Когута и нарциссической личности, но и такой поворот не решает означенной проблемы. Также можно занять позицию тех, кто оспаривает структурное различие психоза и невроза, и настаивает на наличии некоего динамического эквилибриума между психотическим и невротическим процессами, размещая всех своих пациентов вдоль одного континуума ментальных процессов. Итого, пограничное расстройство обрело свое признание не благодаря стройности своей концепции, сколь бы на этом не настаивали некоторые из авторов. Даже Андре Грину, который не критиковал этот концепт, после знакомства с работами некоторых специалистов, пришлось заметить, что “каждый автор, предполагаемо компетентный в этом вопросе, по своему определяет границы”⁷. Несколькими годами позже один из его коллег, Виндлохер, сделал похожее замечание: “в той мере, в какой этот концепт добился успеха, следует отметить, что его определение остается неточным, сбивающим с толку, порой даже противоречивым. В действительности следует говорить о множестве понятий, которые определенно описывают широко признанную клиническую реальность, но использование столь различных критериев приводит к тому, что определение этой новой категории теряет всю её точность до такой степени, что клинические исследования, этиологические гипотезы и психопатологические теории умножаются многократно. И потому следует говорить во множественном числе, о концептах пограничных расстройств.”⁸

С тех пор даже среди англосаксонских клиницистов можно было найти таких, которые бы оспаривали столь неясное определение. Например, в “Американский журнале психиатрии” в 1978 году была опубликована статья Рича, в которой тот предлагал называть пациентов с неоднозначным диагнозом “недиагностируемыми пациентами” вместо того, чтобы ради удобства записывать их в пациентов с пограничным расстройством. Похожим образом в 1989 Вюрмсер опровергал концепт пограничного расстройства как “всеобъемлющее понятие, которое отсылает к слишком разным областям психопатологии”.⁹ В 1974 году Флорной считал, что пограничное расстройство соответствует либо латентному психозу с невротическими защитами, либо к неврозу, обладающему психотическими симптомами.¹⁰ Лапланш и Понталис в “Словарь по психоанализу” пришли к выводу, что понятие пограничного расстройства не обладает строгой нозографией. Они отмечали, что, в зависимости от концептов

⁷ A. Green, Le concept de limite in La folie privée. Psychanalyse des cas-limites. Gallimard. Paris, 1990, p. 107.

⁸ D. Widlöcher, Les concepts d'état limite in Actualités de la schizophrénie (sous la direction de P. Pichot) P.U.F. 1981, pp. 55-70.

⁹ L. Wurmser, Un commentaire divergent concernant la pathologie des cas-limites in Psychothérapies, 1989, No 2, pp.109-116.

¹⁰ O. Flournoy, Les cas-limites: psychose ou névrose in Nouvelle Revue de Psychanalyse, 1974, 10.

различных авторов, пограничное расстройство включает в себя как шизофрению с невротической симптоматологией так и психопатию, перверсию, криминальную личность и сложные случаи невроза.

Как вышло так, что такое размытое понятие как пограничное расстройство получило такое признание? Стоит не забывать и о том, что шизофрения, как предшественник этого концепта, уже показала, что неопределенность концепта не является препятствием для его успеха в среде клиницистов. Дело ли в недостатке строгости с их стороны или же они предпочитают пользоваться запутанными понятиями, чтобы не связывать пациентов ограничивающими категориями?

Популяризация “пограничного расстройства”

Давайте вернемся к тому времени, которое и дало рождение концепции пограничного расстройства. После смерти основателя психоанализа ряд аналитиков, преимущественно англосаксонского происхождения, обратили внимание на увеличение числа таких пациентов, которые отказывались привыкать к тому лечению, в котором вместо интерпретации материала основной акцент был смещен на анализ защит. Выдвигалось много объяснений этому: серьезность регрессии, глубина нарциссизма, слабость эго, влияние шизоидного фактора и тд, - но все они сходились в слабости показателей психоанализа. В любом случае, вплоть до 1950-ых учение Фрейда все еще было слишком актуальным, чтобы позволить усомниться в отношении того, что истерик способен была получить от анализа. И потому когда Отто Фенихель в спешке публикует свою классическую работу, чтобы ею могли пользоваться студенты, несмотря на то, что он в определенной мере пытался избавиться от истерии, тем не менее он все равно писал, что “наилучшие терапевтические результаты” могут быть достигнуты в работе с истерией.¹¹ Неанализабельных субъектов тогда еще не находили среди истериков.

Но вскоре многое изменилось, что связано со многими факторами, среди которых наиболее важными были следующие: расширение поля психоза, появление понятие неанализабельности, развитие концепта пограничного расстройства и развитие химической терапии. Следует подчеркнуть, что все эти феномены возникли одновременно в 50-ых годах, и все они способствовали переоценке истерии, постепенно избавляясь от нее.

В это время также происходило распространение работ Мелани Кляйн и перевод основных работ Блейлера на английский, которые ввиду их близости к работам Фейрберна о шизоидных факторах, в итоге привели к диспропорциональному расширению психотических механизмов по всей Атлантике. Опираясь на эти исследования, любой мог почувствовать себя в состоянии провести переоценку тем случаям, которые были представлены Фрейдом и Брейером в 1895 году в “Исследованиях истерии”. В Сан-Франциско один уважаемый представитель

¹¹ O. Fenichel, La théorie psychanalytique des névroses, 1945, P.U.F., Paris, 1953.

эго-психологии займется именно этим. Сюзанна Рейхард не колебалась: и Анна О, и Эмми фон Н страдали шизофренией. Она основывает этот диагноз на различных критериях, ссылающихся к неясному (весьма смутному) понятию акцентуированности (я бы добавил слово на англ в скобках). Сравнивая эти случаи с тремя другими основными случаями Фрейда она приходит к выводу, что эти пациенты происходят из более нарушенных семей, что их симптомы более обширны, что результаты их лечения были не столь уже положительны, и, в конце концов, что слабость их эго указывает на убедительную дифференциацию. Согласно ей, истерия - это невроз, для которого характерна конверсионная симптоматика, происходящая от нерешенных эдиповых желаний. Она обнаруживает неослабевающие сексуальные конфликты на генитальной или фаллическом уровнях, которые могут быть связаны лишь с минимальным объемом слабости эго.¹² Сообразно её ограниченности в этом подходе, несмотря на Райха¹³, Фейрберна и Мармора¹⁴, она отказывается считать оральную фиксацию частью этой патологии. Её попытка поставить истерию на место встретила одобрение у большинства эго-психологов. Таким образом, когда двадцать два года спустя (Нью-Йорке, 1978) Крон пишет свою монографию, в которой систематизирует обновленную истерию, он подчеркивает, что то, что определяет ее, основано, в конечном счете, на функционировании эго. Он считает, что дебаты о уровне либидинального развития обнаруживаемого в этом неврозе, которые приводят одних к проблеме генитализации рта (Райх), в то время как других - к проблеме орального использования гениталий (Мармор), напоминают схоластические дебаты о том, какого пола ангелы. Мы не можем с ним не согласиться.

В итоге никто так и не разобрался со словами Фрейда о том, что существуют такие истерики, которые “не особо склонны к конверсии”, и которые продуцируют скорее психические, чем соматические проблемы. Рейхард с легкостью от них отмахнулась, считая что понятия “истерического психоза” и “деменции” принадлежат устаревшей психиатрической терминологии, и потому она ссылалась на нововведение Блейлера - шизофрению. Она была согласна с тем, что диагностирование шизофрении остается неточным, но не сомневалась в том, что шизофрения происходит из слабости эго, и, подобно Блейлеру, считала шизофрению очень распространенным и необязательно психотическим феноменом.¹⁵ Фактически, в этот запутанный клубок различных шизофрений, которыми большинство пациентов будут диагностированы, её коллеги введут еще ряд признаков, что еще более будет способствовать сокрытию большого невроза.

Сужение поля истерии предполагает изолирование той патологии, которая располагает к аналитическому лечению и в отношении лечения которой может быть сделан позитивный прогноз. Фенихель, Фейрберн, Гловер, Рейхард - все они сходятся в этом. Это так в начале 1960-ых, когда эго-психология только признала концепцию “анализабельности”, но уже вскоре её противоположность, “неанализабельность”,

¹² S. Reichard, A re-examination of 'Studies in hysteria' in *Psychoanalytic Quarterly*, 1956, XXV, 2, pp. 155-177.

¹³ W. Reich, *L'analyse caractérielle*, 1946, Payot, Paris, 1971.

¹⁴ J. Marmor, *Orality in the Hysterical Personality* in *J.A.P.A.*, 1953, I, pp. 656-671.

¹⁵ E.A. Gaw, S. Reichard, C. Tillman, *How common is Schizophrenia?* in *Bulletin of the Menninger clinic*, 1953, 17, 1, pp. 20-28.

будет восприниматься как гангрена всюду, вплоть до редуцированного поля истерии. Уже в Нью-Йорке, где, согласно Easser и Lesser, с 1965 года исследовательская группа Криса разрабатывает эго-психологию, в которой повторяющаяся неспособность изменить курс течения истерической симптоматики приводит многих терапевтов к неопределенности, разочарованию и незаинтересованности, а в случае некоторых даже к отказу от столь непродуктивного исследования.¹⁶ С тех пор лишь ограниченное число субъектов, достаточно зрелых и адаптированных, будет включено в категорию “истерической личности”, и они будут отделены от большой группы “истероидных” пациентов, которые в отношении аналитического лечения реагируют негативно. Тремя годами позже, всё там же, в Нью Йорке Е. Zetzel выделит в том, что осталось от истерии, 4 группы соответственно снижению “анализабельности”. “Хорошая, настоящая истеричка” (англ. “The good, true hysteric”) как он её называет, будет представлять из себя только первую группу, в то время как остальные группы сулят те или иные трудности.¹⁷ Непонимание, возникшее между истериками и англо-саксонской школой психоанализа достигает кульминации в статье 1974 года М. Кхана, посвященной фундаментальной неанализабельности этого большого невроза. Он пишет: “Внутренний мир истерички - это кладбище отрицаний”. Её воспоминания находят воплощение в соматических состояниях, которые не ведут “ни к психической проработке, ни к вербализации”.¹⁸ Если мы вчитаемся в его формулировку, то обнаружим что это ничто иное как определение конверсии Фрейдом, которое должно быть выброшено в мусорный мешок психопатологии. Сами создатели психоанализа спустя 75 лет спустя должны быть крайне взбешены и злы. И разве у них нет достаточных причин для этого? Слишком много ловушек стало подстерегать на пути психоаналитического лечения: те, кому удалось избежать щупалец кляйнианского анализа, могут оказаться вынуждены реализовывать хороший терапевтический альянс или же перейти к анализу защит. Истерички слишком хорошо осведомлены о невозможности сексуальной связи, чтобы адаптироваться к тем видам знания, к которым их принуждают.

Утверждение о неанализабельности того редкого числа субъектов, всё ещё входящих в редуцированное поле истерии, едва ли встречалось в статьях до 60-ых годов. Сегодня же это нововведение считается связанным с достижениями эго-психологии в отношении понятий рабочего альянса и анализабельности. Эти новые понятия определяли условием психоанализа наличие в субъекте некой сферы автономного эго, свободной от конфликтов. Именно на основании такого здорового режима восприятия реальности и может быть анализирован перенос, который считается свойственным существующей патологии. В действительности, считается что даже истерички с сильным эго могут ощутить ценность анализа, даже те, которые, согласно Krohn (1978), сопротивляются такому типу лечения. Он утверждает, что “истерическая личность склонна к гипотетическим умозаключениям и соображениям, даже если она при этом способна к рациональным суждениям. Когда она функционирует в таком режиме, то любые вербальные интерпретации лишаются их терапевтического эффекта. Истерическая личность воспринимает слова как ласку, дары или же

¹⁶ B.R. Easser, S.R. Lesser, Hysterical Personality: a Re-evaluation in *Psychoanalytic Quarterly*, 1956, XXXIV, 3, pp. 390-405.

¹⁷ E.R. Zetzel, The so-called Good Hysteric in *I.J.P.*, 1968, 49, pp. 256-260.

¹⁸ M. Khan, La rancune de l'hystérique in *Nouvelle revue de psychanalyse*, 1972, 10, pp. 151-158.

наказание. И часто она их использует, чтобы противостоять неверным объяснениям её поведения.” Исходя из этих слов можно сделать вывод, что для Krohn и эго-психологов идеальный анализант - это рациональный человек, который способен дистанцироваться от любых манифестаций его бессознательного. Отталкиваясь от таких принципов, аналитическое лечение будет неизменно для всех, включая, например, тех, кто проходит анализ, чтобы стать аналитиками, даже для наименее невротичных из них. У такого идеального анализанта нет ничего общего с тем иррациональным, инфантильным, противоречивым существом, которым, по его мнению, является истерик. “Этот тип личности считает интерпретацию свойственной аналитику лишь пока он остается пассивным слушателем. Его дезинвестирование в слова является составной частью когнитивного стиля истерической личности. Невнимательность к словам становится режимом банальной защиты истерической личности, которая часто просто не слушает аналитика. Её желание заключается в том, чтобы наблюдать за говорящим аналитиком, слушать тон или же тембр его голоса, определяя слова как скучную и неважную часть терапии. В случае некоторых таких пациентов, подобное отношение к речи может быть интерпретировано как характерное сопротивление. С другими же такая интерпретация невозможна, и потому результаты лечения будут весьма ограничены. В случае этого последнего типа пациентов, интерпретации в течении долгого времени так и останутся не услышанными, ранние наблюдения будут забыты, так что мужественный и ученый терапевт, понимающий ‘столь сложные вещи’, будет ответственен за все наблюдения, кроме наиболее поверхностных”.¹⁹ Потому нам не стоит удивляться тому, что такие пациенты часто оказываются обвинены в манипуляции, порой провоцируя в терапевте реакцию гнева или же тревоги. Krohn не забывает упомянуть, что сложности, с которыми сталкиваются в таком анализе, могут привести к ответным мерам со стороны аналитика. И потому та истерия, о которой он говорит, оказывается “неуловимым” неврозом, как он и отметил в заглавии своей статьи, неврозом, поле которого было сильно ампутировано по сравнению с той истерией, о которой говорил Фрейд.

Разве это не напоминает нам о том, что те первые истерички, которых лечил Фрейд, с которыми он и изобрел психоанализ, страдали от серьезных расстройств? “В действительности я имел возможность выработать и испытать мой аналитический метод только в тяжелых и тяжелейших случаях; мой материал составляли сначала только такие больные, которые все уже испробовали без успеха и многие годы провели в лечебницах... Психоаналитическая терапия создавалась в применении к больным, непригодным в течение продолжительного времени к жизни, и именно для них, и триумф ее состоит в том, что вполне удовлетворительное число таких больных благодаря ей стали навсегда годными к жизни. В сравнении с этим успехом все траты кажутся незначительными”.²⁰ Всё указываем нам на то, что нью-йоркский прогресс в психоанализе привел к значительному сужению поля вмешательства в аналитическом лечении, одновременно с чем поле истерии была категорически редуцировано.

¹⁹ [A. Krohn. Hysteria: the Elusive Neurosis](#), International Universities Press. New-York, 1978, p. 323.

²⁰ S. Freud, De la psychothérapie, 1904, in La technique psychanalytique, P.U.F., Paris. 1953, p. 16. [Фрейд. О психотерапии, 1904](#)

И так, еще до работы Крона большая часть истерии была перемещена его коллегами в другие нозологические категории. Как только удавалось разглядеть бредовую идею или же возникало подозрение о галлюцинации, то сразу возникала идея о шизофрении. Тем не менее, между этим и тем, что осталось от истерии, была сформирована новая область, в которую входили все пациенты, которые не особо подходили для психоанализа дезинфицированных терапевтическим альянсом. Должно было возникнуть новое понятие, чтобы как-то обозначить пределы этой области, например: “белый психоз”, “аффективная перверсия”, “нарциссическая личность”, - но именно пограничное расстройство приобрело широкое признание.

Фрейд же его игнорировал. В его современной форме оно было предложено англо-саксонским аналитиком Адольфом Стерном в 1938 году, но признание оно получило благодаря работе Виктора Эйзенштейна (1949). Как первый, так и второй начинали не с объемного семиологического исследования, вооруженные статистическими данными или же пересмотром установленных критериев, но скорее с тех сложностей, с которыми они столкнулись в терапевтическом лечении ряда пациентов, что и дало рождение концепту пограничного расстройства. Они считали, что несмотря на очевидно невротическую симптоматику у некоторых пациентов, они в лечении вели себя не как обычные невротики. Эйзенштейн писал, что они были склонны рассматривать интерпретацию как “угрозу”.

Введение понятия “неанализабельности” в 60-ых нью-йоркскими эго-психологами стало настоящей удачей для пограничного расстройства. После работы Knight (1953), все были согласны с тем, что слабость эго в пограничном расстройстве приводит к тому, что такие пациенты оказываются неспособны сформировать “терапевтический альянс”, необходимый для прогресса в аналитическом лечении, и потому в отношении некоторых пациентов следует изменить терапевтические методики. В 1974 году Грин высказал свое мнение, что было бы лучше считать их “рубежами анализабельности”, добавив, что “известно, что для такой клинической картины характерна нехватка структуризации и организации, не только в отношении невроза, но и в отношении психоза”, таким образом, объединяясь с Бержере против Кернберга.²¹

Что же с тех пор столь сильно разделяет пациента страдающего пограничным расстройством и истерика? Собственно, тот избыток, что связан с первым: более заметная слабость эго, более выраженная либидинизация регрессии, более богатая симптоматология. Из-за этой дефицитарности возникают проблемы с идентичностью, *acting out*, галлюцинации и бредовые представления. Когда Кернберг включал диссоциативные расстройства в DSM, он таким образом указывал, что необходимо было интегрировать большую истерию в эту патологию. Более того, Крон определял “истероидов” Эссера и “истероморфов” Абсе в ту же категорию.

Сегодня работы Отто Кернберга, аналитика из Нью-Йорка, составляют один из основных источников знания о пограничном расстройстве. Его работа 1975 года о пограничном расстройстве представляет из себя цельное методологическое

²¹ A. Green, L'analyste, la symbolisation et l'absence in La folie privée, op.cit., p. 73.

исследование этой нозологической единицы. Он считает, что “пограничное расстройство” представляет из себя “такую организацию личности, которая не является ни типично невротической, не психотической”. Он пытался объяснить это через постоянные проблемы в функционировании эго. В том же году во Франции Бержере опубликовал “La dépression et les états-limites”, в котором, в противовес Кернбергу, утверждал, что депрессия является наиболее характерным симптомом, что пограничной патологии всегда сопутствует риск развития депрессии. Далее достаточно оригинальным образом он показывает, что это свидетельствует об аструктурировании. Субъект слишком сильно зависит от изменений внешней реальности для того, чтобы подходить под массивности и стойкости одной из двух распознаваемых им структур: невротической и психотической. Хотя они и расходятся в метафизическом понимании пограничного расстройства, но и Кернберг, и Бержере сходятся в том, что необходима модификация аналитического лечения в случае таких пациентов, что тем не менее не означает отсутствия разногласия в отношении самих модификаций. Бержере предлагал “организацию двух стадий лечения, которые включают в себя интерпретативную игру аналитика”: вначале предлагалось уделить внимание до-генитальной проблематике, чтобы потом, на второй стадии, анализировать эдипальный материал.²² Кернберг же предлагал “психоаналитически инспирированную психотерапию” проходящую лицом к лицу, что способствовало бы укреплению эго, прояснению реальности и не позволяло бы слишком сильно развиваться переносу.²³

Сходство между “злобным” (англ. “rancorous”) истериком и пациентом с пограничным расстройством выглядят занимательным. Все знают, что последние обладают большим числом истерических черт: их эксгибиционизм и так известен, их нарциссизм, их сумасбродное поведение, их непереносимость фрустрации вместе со склонностью к вспышкам гнева, общее наличие конверсионных симптомов, а также высокая частота этой патологии у женщин. Многие авторы отмечают, что в сфере сексуальной жизни присутствуют проблемы с объектными отношениями, ввиду настойчивых эдипальных конфликтов приводящих к нереалистичным ожиданиям от партнера. Что приводит к нестабильности гетеросексуальных отношений, выявляя наиболее банальные средства, с помощью которых истеричка поддерживает свое желание неудовлетворенным. С другой стороны, пациенты с пограничным расстройством демонстрируют себя как субъектов, которые плохо адаптируются к аналитическому лечению, а также, как мы говорили ранее, они очень изменчивы и саркастичны. Они не соглашаются с терапевтом и пытаются им манипулировать. Бюн утверждал, что они уклоняются от познания, избегают понимания, и парализуют динамику аналитического процесса, при видимом согласии они скрывают факт отвержения интерпретации.²⁴ Сходство с тем, что говорил Крон о истерии в анализе очевидно. Все это заставляет нас думать, что одни и те же причины вызывают идентичные последствия. Идентичное ведение лечения, основанное на усилении эго, провоцирует идентичные отвержения со стороны пациентов, которые, без сомнения, менее дифференцированы, чем полагают их терапевты.

²² J. Bergeret, La dépression et les états-limites, Payot, Paris, 1975, p. 300.

²³ O. Kernberg, Les troubles limites de la personnalité, (1975), Privat., 1979.

²⁴ W.R. Bion, Aux sources de l'expérience, 1962, P.U.F., Paris, 1979.

Случай Жильберты

Эту гипотезу мы можем проверить на примере наблюдений за, пользуясь словами Бержере, “чистым” пограничным расстройством. Речь идет о случае Жильберты - очень красивой женщины 29 лет, страдающей от депрессии, по поводу которой она уже консультировалась у нескольких врачей, но безуспешно. Нужно еще отметить, что недавно она обращалась за аналитическим лечением, но отказалась от него.

Представляется невозможным найти более показательный пример самой распространенной формы этого невроза в современной культуре. Её потребность в том, чтобы её желание оставалось неудовлетворенным, очевидна. “Фрустрации детства”, - пишет Бержере, - “оставили в ней сильный неугасаемый протест, непреодолимое неудовлетворение, постоянный поиск благосклонности”²⁵. Аналитик с первой же сессии отметил её обольстительное поведение тесно связанное с попытками сбежать в тот момент, когда другой собирается ответить её обольщению. Мы видим как она допрашивает господина, переходя от одного доктора к другому, обращаясь ко лжи в поисках пробелов в их знании, готовая сразу обличить их, о чем свидетельствует её первая попытка обращения к психоанализу. В своих любовных отношениях она ищет, пользуясь словами Лакана, “господина, но делает она это лишь для того, чтобы обнаружить его несостоятельность”, которого она находит в партнере сильно старше её, обладающего аллюром авторитета, но серьезно раненного во время войны. Бержере замечает всё это: “Она искала партнера, который смог бы её оберегать, но в то же время над которым она могла бы доминировать и которого могла бы держать на расстоянии”. Была даже сцена соблазнения, и связанное с ней было отмечено частичным вытеснением. Мы знаем, что свою теорию истерии Фрейд выстраивал на подобном материале, настолько он характерен для этого невроза.

Но тогда почему Бержере не считает свою пациентку истеричкой? Похоже, что по двум причинам. Во-первых, это отсутствие специфической симптоматики, в частности, речь идет о конверсии, которая отсутствует. Фактически, согласно Бержере, “в любой картине невроза обычно экономически доминирует симптом, а не депрессия”²⁶, - утверждению, которому сама банальность связи конверсионных симптомов и депрессии в современной картине истерии противоречит даже больше, чем тот факт, что многие американские авторы описывают наличие конверсии в случаях пограничного расстройства. Во-вторых, если бы Жильберта была истеричкой, то для нее не составило бы труда приспособиться к типу лечения, тогда как Бержере описывает только три встречи, и оставляет неясность в отношении того, стали ли они прелюдией для аналитического лечения. Фактически же, мы видим, что после первых безуспешных попыток вызванных, согласно Бержере, неопытностью аналитика, слишком быстро освободившего от эдипальных желаний и интерпретировавшего пенис и материнскую грудь, и потому становится сложным не только провести второе

²⁵ J. Bergeret, op.cit., p. 165.

²⁶ Ibid., p. 188.

лечение, но, более того, провести его хорошо. Всё указывает нам на то, что если бы Жильберта решила вернуться к анализу, то она стала бы сложной пациенткой, которая выражает возражение на интерпретации, отказывается от кушетки, пытается выудить аналитика из его кресла и тут же “усаживает” его обратно если тот решает подняться. Похоже, что это плохо устроенное лечение, разрушающее её симптоматические конструкции, оставило её ограниченной, легкой жертвой её депрессивных состояний, и, очевидно, превратило её в тех, кто для некоторых известен как “анти-анализант”.

Всё это указывает на то, что, по-видимому, следует обратить больше внимания на случай Жильберты. Модификации аналитического лечения, введенные рядом пост-фрейдистов, привели к увеличению числа субъектов, невосприимчивых для анализа, феномену, когда более приемлемым стало говорить о пограничном расстройстве вместо того, чтобы заняться пересмотром основательности тех новшеств, что были приняты в технику фрейдовского лечения: в двух словах, поменьше анализа фантазии, побольше акцента на Эго. Аналитик, который в итоге больше обращается к рациональному восприятию субъекта, призванного сформировать терапевтический альянс, быстро оказывается на позиции господина. На первых порах истеричка очаровывается этим, но вскоре она не может это больше выносить, паникует и оказывается с пограничным расстройством.

Остаётся лишь переписать историю, и тем самым стереть открытие Фрейда:

- Анна О, показательный случай истерии, описанный Брейером и Фрейдом, оказывается страдала от пограничного расстройства
- в эту же категорию в DSM III Кернберг включает и большинство диссоциативных расстройств
- в то время как другие заняты уподоблением механизмов конверсии симуляции болезни, чтобы в итоге освободить её от любых ассоциаций с вытеснением.

Непонимание неразвязанного психоза

Тем не менее, пограничное расстройство обязано своими основаниями не только с аннексацией всего поля истерии, у него есть еще один источник: многие клиницисты неверно понимают неразвязанный психоз, в основном, потому что многие из них отвергают априори само понятие психотической структуры, тогда как те немногие, кто признают его, практически его не изучают. Исследования этого вопроса остаются редкими.

Давайте вкратце вспомним на чем основывается диагностика психоза. С одной стороны, это наличие свидетельств тому, что элементы субъективной структуры не связаны борромеевым образом. В регистре воображаемого это оборачивается проблемами с идентичностью: переплетением идентичностей, иллюзией двойников, функционированием “как если бы” и пр. В регистре символического мы обнаруживаем нарушения в цепочке означающих: создание неологизмом, вторжение буквы, нехватка фаллического означивания. Невыпадение *объекта а* в регистре реального приводит к следующему ряду последствий: непредвиденному появлению ничем не лимитированного *jouissance*, толчку-к-женщине (фр. *pousse-à-la-femme*), нехватке

фундаментального фантазма, аффективной эффузивности и др. С другой стороны, субъект должен быть способен сформировать компенсаторный механизм, более или менее развитый, чтобы скрыть эту структурную ошибку, с помощью создания работы, опоры на партнера или же воображаемую идентификацию, принятия определенного фантазма и тд, - в конечном итоге, пользуясь многими из этих способов.

Появление “как бы” личности в работах Хелен Дойч является примером этого непонимания неразвязанного психоза. Когда она объективировала этот синдром в 1934 году, она подчеркнула, что отразилось и в названии её работы, его “связь с шизофренией”²⁷. Она утверждает, что её пациенты с шизофренией оставляют у неё впечатление того, что перед переходом к “галлюцинаторной фазе” шизофренический процесс проходит через “как бы” фазу. Будет оправданным отметить, что Дойч делает наглядным то, что встречается в клинике неразвязанного психоза. Лакан также отметил это открытие, когда говорил о нём в 1956. Он описывает “как если бы” как “механизм воображаемой компенсации”, к которому обращаются субъекты, которые “никогда не включаются в игру означающих, разве лишь путем внешнего подражания”

28

После эмиграции в США и принятия психоаналитическим обществом Бостона, тем интеллектуальным сообществом, которое занято вынесением функционирования эго на повестку, не удивительно, что пограничное расстройство показалось соблазнительной категорией для “как если бы” синдрома: разве он не способен внести вклад в изучение проблем эго. Согласно такой позиции, он происходит из определенной дефицитарности эго, которая, будучи акцентуированной, может привести к клиническому психозу, а не является результатом феномена компенсации. Ничто не останавливало это исследование предпосылок шизофрении от того, чтобы в 60-ых оказаться захваченным концепцией, которая многим казалась теоретическим достижением: его широкая и неясная симптоматика позволила включить в него многих субъектов, чьи защитные механизмы не были структурированы невротическим и психотическим образом, описанными классиками. Открытия в химической терапии в эти годы многократно умножило подобные клинические картины. Постепенное сокращение бредовых и галлюцинаторных феноменов, фрагментация эволюции психотика позволило более обширные наблюдения за широким спектром симптоматических скольжений; и, тем не менее, несмотря на невротическое подобие ряда эволюционных моделей, субъективная структура не знает изменений, в худшем случае она остается дезорганизованной, в лучшем случае имеет место процесс стабилизации. Так как форклюдия имени отца не была интерпретирована, потому пациенты Хелен Дойч, которые обладали психотической структурой, проявляли те же характеристики, что и невротические пациенты Эйзенштейна - все они выказывали сложности в привыкании к типу лечения. Концепция пограничного расстройства скрывает факт различия отрицаний интерпретации. И потому она создает эпистемологическое препятствие в отношении любого изучения различий ведения лечения.

²⁷ H. Deutsch, Divers troubles affectifs et leurs rapports avec la schizophrénie, 1942, in La psychanalyse des névroses, Payot, Paris, 1963.

²⁸ Лакан, Семинар 3, Психозы, стр. 333 / J. Lacan, Le séminaire III, Les psychoses, op.cit., p. 218 et 285.

Разумеется, нет причин отрицать, что “пограничная” симптоматология конституирует объективный синдром. Надежность такой клинической категории представляется крайне сомнительной. Категория пограничного расстройства происходит из двух основных источников в психоаналитическом поле. С одной стороны, речь идет о создании типа лечения, понятия критикуемого как Фрейдом, так и Лаканом, которые настаивали на том, что психоанализ должен создаваться заново с каждым анализантом. Фактически, если истеричка слишком долго противостоит терапевтическому альянсу, то она рискует быть записанной в пограничное расстройство. На другой стороне этого расстройства, в частности, когда это касается “как если бы” личностей Хелен Дойч, мы обнаруживаем субъектов с психотической структурой, которые не идентифицируются как таковые ввиду отсутствия определенной аккуратности. Рич был прав, когда отметил в 1978 году, что пограничное расстройство представляет из себя чулан, в который отправляют всех недиагностируемых клиентов²⁹. Мы можем добавить, что причиной этому экономия на строгом подходе к структурам невроза или психоза.

Несомненно, концепция пограничного расстройства, рожденная в психоаналитическом дискурсе, обязана своим успехом тем способствующим её развитию условиям, что сложились в поле психиатрии, в момент её появления. Речь идет о распространении психотропной медицины с начала 1950. Снимая до некоторой степени тревогу субъекта, они ослабляют работы защитных механизмов и разработку симптоматических конструкций. Они поддерживают появление новой клиники, в которой образования бессознательного затушевываются вместо того, чтобы быть выдвинутыми на передний план, и потому диффузная тревога и депрессия стали основными феноменами. Картины, прежде классические, размываются химической терапией в смешанные расстройства, определение которого становится туманным, - это уже ни невроз и не психоз, такими какими их знали.

Снова могут появиться такие клиницисты, которые снова придут к тем же заключениям, что и Балли-Салин, который параллельно с использованием нейролептиков обнаружил, что они имеют “важный эффект смягчения несчастья, результатом чего стало исчезновение позитивных симптомов”. Он продолжает: “Мы оказались неспособны дать пациентам что-то иное, что позволило бы им структурировать новый режим существования, новую психическую экономику. Таким образом, нам пришлось заставить себя найти что-то в этом роде. Это и привело меня к анализу”³⁰.

²⁹ S. Rich, Borderline Diagnosis in American Journal of Psychiatry, 1978, 135, 11, pp. 1399-1401.

³⁰ Entretien du Dr Bailly-Salin avec M. Reynaud et M. Zafirooulos, Synapse, 1992, 84.