

Между телом и психикой: аддикции

Под руководством ДОМИНИК КУПА, МИШЕЛЬ РЕЙНО, ВЛАДИМИР МАРИНОВ И ФРАНСУА ПОММЬЕ

DOMINIQUE CUPA, MICHEL REYNAUD, VLADIMIR MARINOV, FRANÇOIS POMMIER



Другие главы https://t.me/psy_moisey

Канал Анны Моисейченко

Франсуа Дюпарк

Аддикции и релаксация

Психоаналитики, которые хотят заниматься людьми, страдающими зависимостью, сталкиваются с множеством трудностей. Они, в частности наркоманы или алкоголики, редко могут с самого начала соблюдать условия аналитического лечения: отклоняются от правила свободной ассоциации в пользу лживого обольщения и принципиально игнорируют правило воздержания, запрещающее действовать в пользу психического развития, репрезентации и аффекта.

В отличие от «пациентов», которых обычно наблюдают психиатры, этим «нетерпеливым» очень трудно не эвакуировать травматические аффекты, от которых они страдают, в действиях, аддиктивном поведении, употреблении токсичных веществ или страстных переносах.

По этой причине, по правде говоря, не так много психоаналитиков, которые хотят браться за их лечение. По этой причине наркозависимые довольно редко обращаются к кому-то, кто, по их мнению, из-за своей нейтральности не будет вступать с ними в слишком активные отношения и не даст им другого выхода, кроме переноса, эмоциональной зависимости, от которой их поведение как раз и позволило им убежать.

Тем не менее, психоанализ, при условии определенных изменений в рамках, имеет то преимущество, что он затрагивает этих людей в самое сердце и помогает им навсегда избавиться от своих проблем, когда начинает действовать. Часто упоминаемое отсутствие запроса не является столь абсолютным, и даже когда запрос принимает форму терапевтического предписания со стороны близкого человека, семьи или суда, всегда может произойти настоящая встреча, если аналитик обязуется соблюдать определенные условия рамок, слушания и контрпереноса. Когда запрос на лечение более прямой, не так-то просто правильно на него ответить и, главное, добиться устойчивого результата, даже в учреждении. Что касается меня, то именно в частном кабинете, вне любой институциональной структуры и без заместительной терапии (хотя я всегда соглашался на совместное лечение, если это было необходимо), я смог помочь нескольким зависимым людям, которые уже пробовали другие методы лечения в других местах, восстановить свою самостоятельность.

Это было достигнуто, правда, ценой довольно длительного лечения (несколько лет), сильной трансферентной зависимости и многочисленных изменений: так я смог помочь нескольким героинозависимым, кокаиновзависимым, алкоголикам, употребляющим каннабис и различных лекарственных коктейлей, а также людям, страдающим зависимостью без наркотиков: от спорта, рискованного поведения, виртуальных или азартных игр, и даже, что не так просто, от анорексии-булимии или курения. Что касается термина, я не имею предпочтений в отношении слова «наркомания» или «зависимость», хотя был восприимчив к аргументам Дж. Макдугалл в пользу термина «зависимость» (который имеет то преимущество, что акцентирует внимание на зависимости, а не на первичном мазохизме).

Тем не менее, слово «токсикомания» мне тоже подходит, поскольку оно вызывает ассоциации с маниакальным состоянием и отрицанием, в частности, болезненных переживаний скорби или трудностей с желанием, которые так часто встречаются при этих заболеваниях. Отказ от эмоций и зависимости от другого со стороны зависимого субъекта является результатом опыта ненадежности его первых объектов любви (первичных объектов). Субъект боится вновь пережить травматический крах, не имея других возможных репрезентаций, чтобы сдерживать возбуждение, вызванное травмой, кроме ядра галлюцинаторных следов, аутистических следов или самоуспокаивающего поведения, подобного контр-инвестированию; то, что я называл сенсомоторными «формами», находящимися ниже уровня репрезентации (F. Duparc 1991).

Конечно, институциональное отлучение, заместительные лекарства, образовательные и поведенческие техники иногда являются единственно возможными и эффективными в краткосрочной перспективе в самых сложных случаях, но в долгосрочной перспективе они частично воспроизводят дефицит объектной связи, отсутствие психической репрезентации о соответствующих расстройствах и позволяют сохранять прибежание к расщеплению, отрицанию и поведению. В случае «удачной встречи» с анализом, напротив, можно обнаружить причинно-следственные связи, историю и способ в конечном итоге более окончательно обезвредить патологическое поведение. Прежде всего, можно будет помочь субъекту в воссоздании истории, которую он сможет принять, и новых связей: социальных, семейных и идентичностных, вплоть до смысла его жизни.

Но чтобы оптимизировать шансы на удачную встречу с субъектом, страдающим зависимостью, какие условия приема следует предложить? Я упомянул об обустройстве обстановки, умении слушать и контрпереносе; поэтому вернусь к этому более подробно. Для психоаналитика условия, как правило, являются готовым набором, который он получил во время обучения и который добросовестно применяет: нейтральность и воздержание, свободная ассоциация пациента, лежащего на кушетке, интерпретация, в основном переноса, после учета контрпереноса.

Однако, с пограничными субъектами, страдающими от травм, которые не могут быть выражены словами, потому что они отрицают их следы или не обладают достаточными психическими репрезентациями, чтобы свободно о них говорить, эта традиционная рамка не работает. Им нужна постепенно выстраиваемая «индивидуальная» структура, в которой особое внимание уделяется параметрам, которые не могут быть интегрированы без постоянной и активной поддержки. Присутствие и надежность психоаналитика имеют решающее значение на протяжении всего лечения, которое может быть длительным, и особенно в его начале.

Так, для начала, пациент, как правило, не может представить себе, что он будет лежать на кушетке, лишенный поддержки взгляда аналитика, и доверять словам, которые он привык отклонять в пользу своей зависимости; если он и согласится на

это, то это будет похоже на ложь или раскол личности, когда действия аннулируют любое осознание через слова. Таким образом, личная встреча часто является единственным возможным способом начала. Но если она позволяет пациенту обеспечить контроль над аналитиком, то по той же причине она также является средством нейтрализации аффекта и регрессии к зависимости. Слова, когда они сводятся к изложению фактической истории, не интегрированной на эмоциональном уровне, не связанной с бессознательным, оставляет за бортом травмы, пережитые субъектом в связи с его первичными объектами (отцом и матерью в раннем эдипальном периоде, до появления языка), а также их недавнюю реактивацию в подростковом возрасте или позже, что является отправной точкой для возникновения расстройств.

Субъект может ассоциировать, казалось бы, плавно, без каких-либо глубинных переживаний, ни на уровне зависимости, ни на уровне аналитика, который его слушает, но который для него не существует, поскольку он слишком рационален и пассивен. Чтобы это изменилось, аналитик должен вовлечься в саму жизнь пациента, стать для него объектом, который предлагает ему пережить вместе с ним скрытые или отрицаемые травмы: то, что Д. Винникотт назвал для ребенка стадией «переходного объекта».

Конечно, это спорный вопрос для всех тех, чье представление о нейтральности предполагает, что аналитик должен быть лишь зеркалом, и кто стремится отвергнуть соблазнение, внушение и регрессию к инфантильному в переносе, или для тех, кто считает, что символическое существует с самого начала жизни и что слова должны быть достаточными для улавливания ускользающего смысла. Однако, ясно, что контрпереносная вовлеченность аналитика имеет существенное значение для таких пациентов: чтобы быть внимательным к их страданиям, даже если они их отрицают, чтобы играть роль защитной поддержки Сверх-Я, а не жестокого Сверх-Я, чтобы помочь создать вокруг субъекта достаточно благоприятную среду, которая позволит ему выжить физически и психически.

У зависимых людей многие ментальные содержания могут быть подвергнуты анализу только посредством проективной идентификации и проявлены только посредством контрпереносных аффектов или ошибок аналитика. Его более или менее явные «промахи» (забывчивость, невнимательность, недостаточно подготовленные пропуски) тогда представляются как повторение травматических переживаний пациента. Но даже в этом случае их необходимо свести к минимуму и использовать для тщательного анализа контрпереноса. Нейтралитет, как и во всех пограничных состояниях, должен быть таким образом понят как настоящая работа, состоящая из проб и ошибок, которая позволяет свести к минимуму повторение пережитых пациентом травм, а также застывшие и карикатурные контр-положения, которые он использовал в качестве защиты, прежде чем их трансформировать. Основная цель, однако, не может быть достигнута сразу, и заключается в борьбе с компульсивным повторением смертоносных действий с целью разрядки, ограничивая его повторением для представления, инсценировки травм.

Но это не всегда позволяет аналитику вывести на свет пережитые пациентом травмы, в частности те, которые запечатлелись в его психической структуре и поведении и являются предметом компульсивного повторения и раскола. Некоторые первичные переживания, в частности те, которые включают в себя раннее оставление и жестокое обращение, приведшие к ранним аутистическим или фетишистским реакциям или самоуспокаивающему поведению, доступны только при крайнем внимании к телу пациента и психическому возбуждению, не связанному с репрезентациями. Лучше всего это достигается с помощью особой техники:

психоаналитической релаксации, которая лично мне очень помогла в лечении таких пациентов.

Я разработал эту технику с течением времени, спустя долгое время после того, как время от времени использовал технику Шульца во время моего медицинского образования в 70-х годах (в частности, для пациентов, госпитализированных для лечения от героиновой зависимости).

Первым шагом для меня было лучше понять историческую причину, по которой Фрейд использовал ситуацию, когда пациент лежал на кушетке, наследие гипноза, которое позволяло свободной ассоциации, этому «лежащему слову» (А. Грин), приблизиться к условиям сна. Вначале, чередуя внимательный уход за телом, в частности, с помощью отдыха и массажа, Фрейд предлагал своим истерическим пациенткам закрыть глаза и назвать первое изображение, которое появится, когда он ослабит давление на их виски.

Аналитики мало задумывались о том, что осталось от этой гипнотической техники в классическом лечении. Однако это важный элемент для лучшего понимания показаний и противопоказаний к анализу на кушетке. Когда пациент страдает психосоматическим заболеванием или раздвоением личности, которое не позволяет части его плохо репрезентированных или плохо символизированных переживаний выражаться языком, кроме как оперативно или в ассоциативном потоке, отделенном от аффектов, релаксация является возвратом к первоначальной процедуре Фрейда; у него было много пограничных и психосоматических пациентов среди клиентов, о которых мы узнаем из его «Исследований по истерии», прежде чем он сосредоточился на анализе пациентов, обладающих достаточной фантазматической способностью.

Но благодаря своим исследованиям сложных пациентов именно Ференци заложил основу для возвращения к технике, адаптированной к травматическим неврозам и субъектам, страдающим «скрытым онанизмом», то есть аутоэротическим поведением без связанных с ним репрезентаций.

В «Принципе релаксации и неокатарсиса» в 1930 году он говорит о необходимости, для того чтобы привести к анализу раздробленные травматические ядра, расширить свободную ассоциацию на телесные и действующие материалы, неуловимые для речи, которые часто проявляются в неловких, застывших позах тела или незаметных мышечных напряжениях. Очевидно, что роль релаксации заключается в попытке обнаружить эти напряжения в теле пациента, о которых он никогда бы не заговорил спонтанно, как это часто бывает в отношении его поведения или токсического потребления вне сеансов.

Идея о том, что речь идет о латентном онанизме, напоминает одно из редких открытий Фрейда в области зависимости, а именно, что онанизм является первой из зависимостей и что либидо может иметь токсичные последствия, когда оно не связано с психическими фантазмами. Два важных, но ограниченных момента, поскольку, как известно, двумя неразработанными остатками самоанализа Фрейда были его отношения с сигарами (зависимость, связанная с его неудачным опытом с кокаином, который привел к смерти его друга Флисса (Fliesch)) и мысли о ранних отношениях между матерью и ребенком, в частности о роли окружающей среды в формировании личности.

Также, после Ш. Ференци, мне больше всего помог Винникотт с его идеей о том, что, когда пациент не имеет достаточного пространства для использования ассоциативного языка и отношений с аналитиком как таковых, сначала нужно научить его играть, позволить ему построить это пространство, переходное пространство, которое только и позволит ему качественно репрезентировать и воспроизвести свою историю. Чтобы достичь этого в пограничных состояниях,

говорит Винникотт, иногда необходимо пройти через фазу, когда пациенту на кушетке разрешается смотреть на аналитика, говорить, перемещаясь, или действовать, ложиться и спать, и все это в атмосфере расслабления (релаксации) и формальной регрессии, что, как и для ребенка, сидящего на полу среди своих игрушек, является эквивалентом свободной ассоциации и позволяет интегрировать оепрезентацию об опыте, который субъект не смог пережить в своей первичной среде. Пациенты, которые не смогли построить эту игровую площадку, часто использовали вместо этого, чтобы заполнить травматическую пустоту, переходный объект, превратившийся в фетиш (о чем Вульф (Wulff) писал еще до Винникотта).

Это случай «ребенка с веревочкой/ниткой», о котором Винникотт говорит в «Переходных объектах и явлениях», который из-за отсутствия надлежащего лечения впоследствии стал наркоманом после полового созревания. Если «ребенок с катушкой» Фрейда послужил моделью для влечения к смерти, то ребенок с ниткой дает нам отличную модель для зависимости. Его привязанность к конкретному объекту, веревке, вместо переходного этапа с переходным объектом, отражала неудачу его символической репрезентации о связи с первичным объектом — в его случае из-за депрессивной матери — что, по мнению Винникотта, имело прогностическое значение для его развития к зависимости.

Психоаналитическая релаксация, которую я использую, полностью совпадает с работами Ассоциации психоаналитической релаксационной психотерапии, которую я открыл для себя поздно, но к которой присоединился сразу же, М.-Л. Ру, М. Дешо и Ф. Сакко (M.-L. Roux, M. Dechaud, F. Sacco), в частности, является техникой, которая воспринимает идеи Ференци и Винникотта, обогащенную некоторыми дополнительными разработками, касающимися свободной ассоциации, аффекта и самоуспокоительного поведения психосоматиков (М. Фэн (Fain), в частности), или самовнушения и моторных форм, встречающихся при аутизме (по Ф. Тастин).

С тех пор как я использую этот протокол и рассказываю о нем, ко мне все чаще обращаются зависимые люди, которые приходят ко мне на консультацию именно потому, что я использую эту технику: последняя из них — очень молодая женщина, страдающая анорексией и булимией, с приступами, похожими на обмороки, и рискованным спортивным поведением, иногда под воздействием сильных доз каннабиса. Она захотела встретиться со мной после того, как узнала о моей работе в Google, потому что думала, что не сможет выразить свое недоумение иначе, как через опасные действия или с помощью терапии, учитывающей ее тело.

Эта техника на самом деле имеет очень мало общего как с обычной аналитической терапией лицом к лицу, так и с классической релаксацией: последняя ограничивается сосредоточением на теле и его расслаблении, что иногда дает положительные результаты, но способствует лишь ограниченному раскрытию психических репрезентаций истории субъекта и их реконструкции. В протоколе, который использую, положение лежа на кушетке сохраняется, но аналитик остается напротив пациента, достаточно близко, чтобы тот мог смотреть ему в глаза, если хочет, или же закрыть глаза или повернуться в сторону. Ему дается указание лечь, попытаться расслабиться и, когда он почувствует возможность, поделиться тем, что ему представляется в виде движений, ощущений, эмоций, образов или вербальных мыслей, независимо от их содержания. Таким образом, инструкция такая же, как и при свободной ассоциации, но распространяется на эмоции, восприятие и моторику. Можно также проверить с помощью нескольких движений сокращения и расслабления мышц, что пациент хорошо чувствует все свое тело, что нет напряженных или, наоборот, анестезированных зон, которые как бы исчезли из его телесного образа, что конкретно отражает раскол его телесного образа, его нарциссической целостности.

При использовании этой техники часто обнаруживаются незаметные двигательные реакции, которые напоминают либо самоуспокаивающее поведение, либо минимальную гиперактивность, которая может доходить до того, что я описал под термином «белая мания», то есть общее психомоторное возбуждение без эйфории. Последнее встречается у людей, страдающих аллергическими или аутоиммунными заболеваниями, а также у многих пациентов с зависимостью, в частности от кокаина или психостимуляторов (включая табак или каннабис, в некоторых случаях).

Расслабление, вопреки тому, что можно было бы подумать, не имеет удовольствий или соблазнительного эффекта, но, напротив, позволяет восстановить определенную нейтральность. Обращая внимание пациентов на эти движения и способствуя их расслаблению, мы помогаем им восстановить воздержание, сдерживание двигательной разрядки. Это позволяет нейтрализовать возбуждение, вызванное их эмоциями, в частности, вызванными переносом. Лица, страдающие зависимостью, особенно чувствительны к этому, поскольку они плохо переносят регрессию к зависимости, к первичным переживаниям, которые напоминают им об условиях их ранних травм. В их случае тело можно рассматривать как промежуточную зону, третье пространство, которое находится между аналитиком и субъектом и позволяет контролировать возбуждение: расслабление создает своего рода контролируемую ипохондрию. Но оно может начаться только после достаточного времени подготовки лицом к лицу, чтобы избежать отторжения зависимости.

Таким образом, тело постепенно становится «игровой площадкой» для моторных следов или галлюцинаторных восприятий, граничащих с кошмарами, которые являются точной повторением первичных переживаний разрядки или контр-инвестирования ранних травм: так, сны о падении или полете, напоминающие типичные сны Фрейда, без особых ассоциаций, могут материализоваться в виде ощущения падения внутрь кушетки и найти параллель с ощущением того, что в детстве ребенок был брошен на произвол возбуждающих переживаний матерью или родителями, заботившимися о нем.

Именно это многократно ощущала во время релаксации пациентка, о которой я говорил, которая в детстве испытывала сильную нехватку материнской заботы и которая воспроизводила эти недостатки в синкопах/обмороках, связанных с ее пищевым поведением (которое лишало ее заботы), в ее рискованном поведении или дорожно-транспортных происшествиях. Каждый раз ей было очень важно проверить мое присутствие и почувствовать, что благодаря моему контрпереносу (видимому в моей позе) я как будто хотел поймать ее или поддержать, чтобы она не упала. Возможность поделиться со мной этими переживаниями была для нее очень ценной. Однако ей пришлось долгое время проверять, путем своих собственных отказов – она постоянно пропускала сеансы или засыпала – что я могу «вынести ее», несмотря на ее тревоги и неприятие зависимости, столь частое у зависимых людей, которые предпочитают зависеть от своей зависимости, а не от психоаналитика.

Предоставляя пространство для проявления моторных следов, которые невозможно выразить словами, кроме как через напряжение, поведение, кошмары или действия, учет тела в процессе расслабления позволяет осуществить двойную реконструкцию. Во-первых, реконструкцию травматической истории. Во-вторых – и это действие должно проводиться параллельно с первым – построение истории, которая не произошла, опытов, которые субъект не смог получить, и которые он должен открыть для себя, чтобы получить доступ к некоторым из своих импульсивных, фантазматических и идентифицирующих способностей (в том числе в своем образе тела, часто ограниченном или даже ампутированном, как хорошо понимал Панков).

Связь с языком и историей может быть установлена самим пациентом, когда он может рассказать историю своей жизни и детства, но часто в анекдотической форме, отражающей раскол, как банальный отчет. В случае секретов или невысказанного в этой истории, она будет построена аналитиком в форме гипотез на основе действий или телесных напряжений пациента. Однако, интерпретация действий, перцептивных или моторных следов должна осуществляться очень осторожно, чтобы не вызвать у пациента невыносимого возбуждения при упоминании определенных аффектов, не связанных с приятными эротическими фантазиями, или из-за нарциссической травмы, которую представляет собой интерпретация. Необходимо научить субъекта присваивать способность интерпретировать то, что происходит в его теле, чтобы он мог приобрести определенный контроль над собственным психическим функционированием. Но что делает этот протокол по-настоящему психоаналитическим, так это то, что он остается связанным с языком и реконструкцией истории, чего не сделали бы простой катарсис или поддерживающая терапия. То же самое касается переноса: его интерпретация необходима, как и в психоаналитическом лечении, что и отличает его от других форм терапии.

Содержимое, с которым мы сталкиваемся, очевидно, в некоторой степени зависит от типа зависимости, но в меньшей степени, чем это может показаться при поверхностном подходе. Общим моментом является трудность в установлении близких эмоциональных отношений с другим человеком, что часто заставляло меня думать об аутистическом ядре личности, как его понимала Ф. Тастин.

Токсикант обычно играет роль фетишистской инвестиции, нечеловеческого объекта в том смысле, в котором этот термин понимает Х. Сёрлз (Searles), или объекта перехода, используемого Винникоттом. Его основная функция заключается в том, чтобы компенсировать ненадежность первичного объекта, переживаемую в подростковом возрасте, во время вступления в половое созревание. Но в результате связь с самим психоаналитиком может приобрести вид этой аддиктивной инвестиции, в которой перенос на рамку важнее переноса на личность аналитика, и где последний рассматривается как манипулируемый объект, а не как другой реальный объект.

Так, например, один из моих пациентов, Марк, страдал от нескольких видов зависимости, самой серьезной из которых была зависимость от кокаина, но он также употреблял много алкоголя, курил марихуану и несколько пачек сигарет в день, не говоря уже о его почти навязчивой склонности к встречам с девушками, значительно моложе его. Когда я встретил его, он одновременно консультировался с шестью психотерапевтами и психоаналитиками, что не уберегло его от госпитализации из-за острого приступа кокаиновой зависимости. Неспособный к серьезным любовным отношениям, как и к глубоким эмоциональным инвестициям, он постепенно осознал, благодаря релаксации, свою двигательную беспокойность, в частности, он делал небольшие непрерывные движения ногами, которые отражали его более или менее выраженное возбуждение, которое усиливалось, когда появлялись эмоции. Он сказал мне, что это были те же движения, что и у его отца, которого мать прозвала «неспокойным». Но у него также были напряжения, которые я интерпретировал как минимальные движения отстранения от меня, и которые он мог связать с тем, что его отец часто избивал его, причем очень жестоко. Он всегда думал, что это было для компенсации того факта, что его мать излишне баловала его с раннего детства, доходя до того, что без счета давала ему деньги на необдуманные покупки, а затем на наркотики. По мере того как он постепенно начинал расслабляться на сеансах, он осознал свой страх перед близкими отношениями со мной в переносе, который он со смехом объяснял тем, что я, возможно, гомосексуалист и что мне больше нравится,

вместо того чтобы заниматься им, терзать его пенис, как он делал со своим братом, говоря ему: «Пойдем, доить корову».

Тот факт, что я занимался одновременно его телом и его мыслями, и особенно его эмоциями, одновременно успокаивал и беспокоил его. Он пытался подкупить меня, как он делал с женщинами или как его мать с ним, с помощью подарков; я отказывался, показывая ему связь с его привязанностью к материальным вещам больше, чем к нашей работе. Он признался мне, что в любом случае не мог проникнуть в женщин иначе, как с помощью фаллоимитатора; внутренность их влагалища пугала его. Возможно, это было связано с тем, что его мать была депрессивна, поэтому мрачна внутри и испытывала страх перед сексуальностью со своим отцом. Однажды, что стало важным этапом в его развитии, ему приснился кошмар, в котором появлялся черный медведь. «Плюшевый медведь, как те, что у вас здесь, но пугающий». Тогда он сказал мне, что у него не было плюшевого медведя, как у его брата, а был «пластиковый Динго», весь потрепанный. Он задается вопросом, означает ли это, что, хотя он считал себя любимым ребенком, его мать была более здоровой в отношениях с братом, чем с ним? Его брат сегодня в порядке, а он сам хорошо знает, что он немного «динго».

Я не могу больше рассказывать об истории этого пациента, который прошел долгий путь, в частности, пережив серьезную депрессию, когда полностью осознал пережитые им травмы и те, которые он нанес себе сам. Ему также пришлось заняться сложной реконструкцией своей истории, своей эмоциональной и социальной жизни. Как и у многих пациентов с наркотической зависимостью, основная трудность заключается в том, чтобы найти смысл жизни вне наркомании, чтобы перспектива «хороших объектов», которые нужно найти и восстановить, преобладала над перспективой ущерба, нанесенного недостаточным контролем над «плохими».

Депрессивное состояние, в понимании М. Кляйн, является важным этапом, когда наркотик поддерживал непредставимое ядро раздвоенного травматического опыта, в центре которого находилась путаница между хорошим и плохим, в компульсивном контроле, который все больше и больше терпел неудачу, играя на руку влечению к смерти.

В связи с этим я хотел бы на мгновение вернуться к особенности зависимости, заключающейся в том, что она представляет собой патологию, состоящую из нескольких этапов, что находит свое отражение в самом лечении. Первый этап, как мы уже видели, — это несостоятельность первичного объекта, которая способствует привязанности к нечеловеческим объектам, первичным формам самочувствия или поведения, «пограничным репрезентациям» Фрейда (в «Набросках») или сенсомоторным формам, ближе к имитации, чем к репрезентации. Кроме того, известно, как часто передаются из поколения в поколение аддиктивные, анорексические или рискованные формы поведения. Ребенок с веревочкой является типичным примером этого.

Второй этап часто представляет собой травму, которую составляет половое созревание, этот почти «токсичный» приток либидо, недостаточно связанный с репрезентациями, как говорит нам Фрейд. Он, очевидно, усугубляется окружающей средой, которая в этом возрасте, как и в случае раннего детства, представляет собой важный барьер для возбуждения, необходимый для преодоления стадии подросткового возраста («становления взрослым»). Минимальная среда имеет двойной характер: семья, которая должна пережить вторжение сексуального влечения подростка и смириться с его утратой, и групповая, идеологическая и культурная среда, которая позволяет подростку предвосхитить формирование своей идентичности и либидо с достаточной свободой выбора, чтобы отсортировать свое семейное наследие и найти смысл.

Этот процесс субъективации затрудняется погружением в чрезмерно деструктурированные группы и коллективными идеологиями в их самых смертоносных проявлениях, к которым подростки очень чувствительны: так обстоит дело с идеологией потребления и легкой коммуникации, смертоносным проявлением соблазна, или с чрезмерным противостоянием кастрации в испытаниях, играющих со смертью. Известна уязвимость подростков перед изображениями анорексичных моделей или рекламой, продвигающей потребление продуктов (алкоголь, сигареты, которые помогают похудеть, чудодейственные лекарства и т. д.). Реклама для подростка, живущего в неблагополучной семье с нестабильными родителями, может способствовать формированию полинаркомании, оперативной формы мышления. Не говоря уже о уходе в религиозные или сектантские общины с частыми наркотическими добавками, которые могут возникнуть в подростковом возрасте, будь то аутистические формы религии, семейные общины, возвращение к природе или художественное творчество (музыкальное или другое).

Если в это время в семейной, личной или профессиональной жизни происходит какая-то трагедия, то наркомания принимает острую форму, при которой само наркотическое вещество становится третьим травмирующим фактором, скрывающимся за кратковременным благополучием, которое оно дает: само лекарство усугубляет болезнь, а симптоматическое решение, найденное субъектом, усугубляет причину психического страдания, в замкнутом круге, иногда смертельном. Таким образом, лекарство становится хуже болезни, скрытой, непредставимой, от которой страдает субъект, независимо от его оправданий самолечения или даже потенциального творческого или профессионального роста, на которые субъект ссылается, чтобы продолжать свою зависимость.

Это естественным образом подводит нас к завершению нашего разговора: конец «терапевтического» процесса (мы знаем о часто возникающей путанице между лечением, в частности медикаментозным, и токсикоманией), то есть сложный вопрос о долгосрочном лечении зависимости от переноса и излечении этих субъектов. Чтобы избежать фетишизации аналитического ритуала и отношений с аналитиком, необходимы гибкие изменения в рамках. Переход к классическому протоколу анализа, необходимому этапу процесса горевания, не может произойти без достаточно глубокой реконструкции истории субъекта, а также без приобретения способности ориентироваться в эмоциях, чувствах привязанности или любви и вызываемых ими страхов краха, а затем депрессии (через предельные переживания детского кошмара, такие как черный медведь, или меланхолии), и все это без рецидивов импульса к употреблению успокоительных средств или различных токсичных веществ. Релаксация, эта направленная ипохондрия, защищающая от проективных или меланхолических тенденций этих субъектов, может быть тогда заменена «направленной паранойей» (по Фрейду) классического лечения, без риска декомпенсации, вплоть до очень постепенного завершения. Тогда весь вопрос будет заключаться в том, чтобы аналитик сам пережил контрпереносную работу горя по этим таким привлекательным — иногда даже слишком — субъектам.