

**КРИХТИ КРИХКОСТІ БУТТЯ:
ОСМИСЛЕННЯ ФЕНОМЕНУ АНОРЕКСІЇ
В ЛОГІЦІ НЕ-НЕВРОТИЧНИХ СЦЕНАРІЇВ СУБ'ЄКТИВАЦІЇ**

Олена Медведєва, Ph.D, сертифікований психоаналітик УАП-ЄКПП,
клінічний психолог, тренінговий аналітик
Дивізіон «Психоаналітична психологія і психотерапія»
Національної психологічної асоціації
м. Київ, Україна

**THE CRUMBS OF FRAGILE EXISTENCE:
THE PSYCHIC PHENOMENON OF ANOREXIA
IN THE NON-NEUROTIC SUBJECTIFICATION SCENARIOS LOGIC**

Olena Medvedieva, Ph.D, certified psychoanalyst UAP-ECPP,
clinical psychologist, training analyst
Psychoanalytic Psychology and Psychotherapy Division
National Psychological Association
Kyiv, Ukraine
<https://orcid.org/0000-0003-2808-7622>
olenamedvedieva@gmail.com

Вступ. Тоді як медичний підхід до вивчення й лікування анорексії має на меті роботу з моносимптомом – харчовим розладом, психоаналіз розглядає багато можливостей досліджувати цей психічний феномен у розмаїтті аспектів його функціонування й доводить, що ми маємо справу з особливим суб'єктом і його специфічним способом відповіді як Іншому, так і дискурсу. Медицина воліє до попередньої встановленої інтерпретації, тобто до затверджених протоколів, задовольняється кількісним визначенням завдяки декільком діагностичним інструментам, і це дуже однозначна мова визначення симптому і призначення лікування у вигляді примусових способів збільшення маси тіла за рахунок їжі, чим змушує анорексика залишатися у замкненому колі насолоди симптомом. Звичайно, ми розуміємо небезпеку, маємо чітко окреслити симптоматику анорексії, як-то: нав'язливі й ірраціональні думки про їжу, контроль тіла, надлишкові фізичні навантаження, гіперактивність, вживання проносного чи сечогінного, блювота, компульсії, страх вживання зайвої їжі, специфічне марення, нав'язливі думки

і голоси, психічна ригідність, сенсорна чутливість, нервова орторексія, дисморфобія, аменорея, аутодеструктивна поведінка, депресивні стани тощо, і загалом це гра зі смертю, – психоаналітики не можуть це не враховувати. Проте наша клінічна робота спрямована не на лікування симптому як такого – відновити апетит чи збільшити вагу, бо немає нічого гіршого, ніж спробувати нагодувати людину з анорексією. Це лише посилить його чи її протест і вперте намагання підтримувати бажання, яке функціонує у протиріччі до задоволення на рівні потреби, залишаючись не задоволеним. Тому що чим більше бажання задовольняється, тим складніше його підтримувати у незгасимому стані. Бо, за великим рахунком, анорексія – не проблема з їжею, не харчовий розлад, а вибір суб'єкта. Фройд говорив про «вибір неврозу» або «вибір психозу». Анорексичний суб'єкт теж робить свій вибір. Такий вибір постає як негативність, заперечення, відмова. Як доводить клінічний досвід, негативний аспект завжди є центральним у разі анорексії за умови супроводу інших. Анорексичні суб'єкти відмовляються

від їжі як від живлення власного тіла, від підпорядкування його законам біологічної необхідності. Але насправді це – відмова у зв'язку з вимогою сепарації, яка оживляє анорексичну позицію суб'єкта, і тоді ми бачимо непохитність, радикальність, рішучість, надзвичайний прояв сили волі, рідкісну впертість у процесі керування власним тілом (а також оточенням), і це стає джерелом ентузіазму, щастя, насолоди. Відмова від тіла – протилежність істерії, тобто неврозу, яка базується на метафоричності симптому. Істеричне тіло говорить, проявляє себе як символ, структурується як мова, демонструється як театр. А клініка анорексії – це мовчання виснаженого тіла, насолода від цього змарнілого тіла, яке не театр, не слово, не символ, а крихка стіна, яка суб'єкту здається неруйнівною, залізобетонною, але вона – один рух – і може розсипатися на крихти, якими харчується анорексичний суб'єкт у прямому і переносному смислі. Спробуємо припустити, що анорексичний суб'єкт перебуває на межі неврозу і психозу, маючи власні структурні особливості не-невротичного пацієнта. Деякі психоаналітики досліджують нервову анорексію, дехто доводить, що це частіше мова про психоз, проте у разі пояснення психотичної анорексії існують певні труднощі, а у багатьох не психотичних пацієнтів з анорексією є значні відхилення у сприйнятті реальності, яка у будь-якого суб'єкта організована фантазмом, і подібний підхід ускладнює аналіз. Отже, клінічна робота має на меті дозволити з'явитися питанню щодо самого буття суб'єкта, наразі крихкого й болючого, і цей феномен має важливу функцію у житті анорексичного суб'єкта, і з цією функцією варто поводитися обережно. Це буде визначати нашу етичну позицію і відповідну точку клінічної практики. Ми повсякчас маємо зважувати терапевтичні завдання, міркувати, чи існують анорексії, які мають різну структуру, навіть якщо вони представляють більш-менш однакові феномени, і що можна пацієнту запропонувати, залежно від психоаналітичного підходу спеціаліста. Бо зрозуміло, що анорексія не є самостійним явищем, і симптому специфічного харчування не досить, щоб визначити курс дій з психологічної допомоги чи інституціонального ліку-

вання. І нам важливо з'ясувати передумови виникнення анорексії та її розвитку, бо і самі анорексички намагаються знайти відповідь на проблеми власного буття, які дозволять їм знаходитися у суспільстві на основі цієї ідентифікаційної риси. Значне поширення такої симптоматики як способу сказати «ні» сучасному дискурсу з домінуванням культу насолоди, інтенсифікацією скопичного потягу, змінами в інституті сім'ї нині спонукає фахівців говорити про те, з якими чинниками у бутті суб'єкта, приміром, пов'язаний протест проти будь-якого задоволення й уперте збереження стану загального незадоволення як у шлунку, так і у бажанні, бо анорексик не хоче як тамувати голод, так і вгамовувати бажання; завдяки чому він балансує на межі неврозу і психозу; чому виникає шалена агресія і аутоагресія, яка проявляється у відкиданні власного образу перед дзеркалом; яку роль у підтримці симптому відіграє галюцинація і контроль; як це він їсть ніщо, щоб стати нічим, і завдяки чому підтримує порожнечу у мовленні й мисленні.

Мета цієї статті. У цій статті, спираючись на клінічні спостереження, мислячи анорексію крізь деякі концепти, приміром, ніщо, відмова, заперечення, білий психоз, негативна галюцинація тощо, окреслюючи основні причини виникнення, тривання симптому і специфічні стратегії аналітичної роботи, маємо на меті наблизитися до деякого розуміння феномену анорексії, припускаючи, що анорексичний суб'єкт перебуває на межі неврозу й психозу та має власні структурні особливості не-невротичного пацієнта.

Огляд сучасних досліджень. Зауважимо, що, попри тривожну тенденцію постійного збільшення випадків анорексій, ми досі не маємо широкого спектра досліджень цього феномену у психоаналітичному підході. Проте хотілося б звернути увагу на такі. В логіці протилежності психоаналізу до медичного дискурсу S.A.-L. Silver та J. White (2011) у статті “Dynamic psychiatry and the treatment of anorexia psychosis” міркують про анорексію через ознаки психотичної структури і вважають, що ми маємо наполягати на психотерапії для більш чіткого розуміння історії життя анорексичного пацієнта, його сильних сторін, знаходження опор, і ця позиція діаметрально

протилежа нинішньому прагненню до ефективності медичного примусового лікування. Спираючись на праці Фрейда, Біона, Лакана та Джейнса, поміщаючи у серцевину психозу не в первинний процес, а в попередню, не-я фазу розвитку, автори також припускають, що індивідуальний розвиток суб'єкта анорексії тісно пов'язаний з історією дискурсу. Цінна для розуміння функціонування анорексика дисертаційна робота J.S. Shamtoob "Borderline Body: The Psychosomatics of Eating Disorders" (2019). Для збору даних використовувалася герменевтична, феноменологічна методологія, за якої науковиця намагається розуміти та пояснювати анорексію, булімію, психогенне ожиріння. Розділи містять й огляд психоаналітичного підходу, приміром, міркування щодо розщеплення психіки, яке відбувається в дитинстві, коли немає належного материнського стану інвестування. Через відсутність інтеграції розуму та тіла в дитинстві, розщеплення психо і соми часто призводить до появи порушень харчування та/або психосоматичних захворювань у підлітковому віці. Коли розум і тіло розділені таким чином, що не менталізований психічний матеріал змушений відщеплюватися в тіло, тоді він переживається як межовий стан, у якому тіло діє як рухомий кордон для захисту від психічного вторгнення. Клінічну роботу авторка бачить у досвіді аналізу через перенесення й контрперенесення та перетворення так званих «до-мовних» станів у мову. Помислити анорексію як самоушкоджуючу поведінку з психоаналітичної точки зору вдалося S.K. Farber, C.C. Jackson, J.K. Tabin, & E. Bachar (2007) у статті "Death and annihilation anxieties in anorexia nervosa, bulimia, and self-mutilation". Голодування, блювота, самокалічення становлять тріаду асоційованих синдромів, які є потенційно небезпечними для життя і надзвичайно стійкі до лікування, а пацієнти демонструють відсутність тривоги щодо власної поведінки. Оскільки дисоціація компарменталізує та відокремлює психічні та соматичні аспекти травматичного досвіду (психічна та соматоформна дисоціація), вона дозволяє цим пацієнтам відмовитися від небезпечного для життя характеру своєї поведінки, що робить дисоціативні процеси най-

більш руйнівним фактором. У багатьох пацієнтів, які голодують, очищаються або калічать себе, тіло наче репетирує смерть. Для них тоді потрібно створити безпечний простір, який визначає особисту концепцію смерті, якої вони несвідомо прагнуть, і працювати в бік усвідомлення дисоціативних елементів. E.C. Demir Hekimoğlu у дослідженні "When the boundaries exceed: Thematic analysis of anorexia nervosa in Lacanian psychoanalysis" (2023) має на меті вивчити динаміку відносин між суб'єктом з анорексією та Іншим. Тут є цікаві інтерв'ю з п'ятьма жінками, яким поставили діагноз анорексія рестриктивного типу. Головне питання, яке порушує автор, як ми позиціюємо суб'єктів з анорексією у їхніх стосунках зі значущими людьми і у відповідності до сімейної динаміки. Темати були, приміром, Інший між присутністю та відсутністю; батько і сила погляду; Я-ідеал, бути чи не бути: прагнення існувати тощо. Результат дослідження обговорювався у світлі клінічних наслідків. Важливий підхід до теми у статті M. Lawrence "Loving them to death: The anorexic and her objects" (2001). Авторка припускає, що харчові обмеження функціонують для посилення фантазії контролю з боку батьків, що є ознакою погляду Кляйн на маніакальний захист. Використовуючи цю гіпотезу, вона намагається провести різницю між анорексією та булімією, і стверджує, що у разі анорексії об'єкти відчують себе постійно захопленими, підвішеними або замороженими. На матеріалі клінічних досліджень авторка міркує про користь психоаналізу, звертає увагу на труднощі роботи з едіповим комплексом, припускаючи, що розлади харчової поведінки можуть являти собою окремих випадок едіпових ілюзій. Ця ж авторка у статті "Body, mother, mind: Anorexia, femininity and the intrusive object" (2002) міркує про перевагу пацієнтів-анорексиків жіночої статі над пацієнтами чоловічої статі, й припускає, що в певному досвіді жіночності може бути щось специфічне, яке схиляє до тривоги вторгнення. Нею окреслено дві сучасні теорії етіології анорексії. Обидві свідчать про те, що проблема бере свій початок від страху вторгнення: у багатьох жінок, які страждають на анорексію, психічно закладений нав'язливий

об'єкт, який необов'язково може бути результатом фактичного втручання. Загалом авторка досліджує нав'язливість пацієнтів з анорексією в перенесенні та припускає, що вони дуже часто виношують глибокі фантазії про вторгнення батьків, а також бажання відновити своє особливе місце з матір'ю. Крім того, психопатологія, яка лежить в основі деяких випадків анорексії, призводить до збою у символізації. Ця невдача, своєю чергою, ускладнює клінічну картину, тому таким пацієнтам особливо важко мислити. А. Granieri і А. Schimmenti у статті "Mind-body splitting and eating disorders: a psychoanalytic perspective" (2014) пишуть про вплив батьків, які не змогли налаштуватися на емоційні потреби дитини. Пацієнти з анорексією інтерналізують первинний садистський об'єкт, з яким вони можуть ідентифікувати себе лише нав'язливо. Отриманий Я-ідеал є гіпертрофованим, і його недоступність породжує глибокі почуття сорому та нікчемності. Для цих пацієнтів невпорядкована харчова поведінка часто є способом відновити свою суб'єктивність, і дає можливості для впливу на відносини. Водночас тіло стає свого роду «безпечним притулком», у якому пацієнти можуть уявити собі захист від нав'язливих атак садистського об'єкта. Тоді психоаналітична робота з анорексиками потребує аналітика, який готовий глибоко слухати та контейнувати їхній психічний досвід. Аналітик має запропонувати емоційну підтримку, необхідну для протистояння саморуйнівним імпульсам наляканого і безпорадного Я. У статті "The body in anorexia and bulimia" М.Н. Fernandes (2012) говорить про психоаналітичну клініку анорексії та булімії, яка ставить нас у безпосередній контакт з питанням тіла, а також з аспектами, типовими для підліткового віку. Ці аспекти включають труднощі в ранніх стосунках з матір'ю щодо управління потягами та стосунки з первинною ідентифікацією. Тоді ми маємо справу з ідеалами, диференціацією, автономією, часом і смертю. У статті обговорюються гіпотези, розроблені на основі метапсихології, з метою сприяння ширшому розумінню конструкції тілесного образу. Цей процес включає сприйняття, репрезентацію та внутрішній досвід власного тіла пацієнтів. Тупикові ситу-

ації в аналітичній роботі також вказують на особливості управління перенесенням у цих випадках. Стаття Y. Kadish "Two types of psychic encapsulation in anorexia" (2013) цінна тим, що автор проводить різницю між двома типами психічної інкапсуляції, наскільки це стосується психічних структурних проявів, які проілюстровано тут у застосуванні до анорексії. Психічна інкапсуляція зазвичай трапляється в роботі з хворими на анорексію, і кожен тип передбачає інший терапевтичний курс. Розрізняють пацієнтів з анорексією, які, здається, демонструють ознаки аутистичної/аутистичної інкапсуляції, на відміну від тих, у кого, здається, виявляється неаутистична/пізніша травматична інкапсуляція, яка в цій статті називається вторинною додатковою інкапсуляцією. Захисні інкапсуляції пов'язані з патологічними організаціями особистості як усередині, так і за межами цих структур, вони здійснюють силу, що панує над центральними психічними процесами. Психічна інкапсуляція та патологічні організації є захисними структурними розробками – результатом психічної травми. Для ілюстрації аргументів представлено клінічний матеріал трьох випадків. Дуже важливою, на мій погляд, є стаття S. Malaguarnera "L'anorexie face au miroir: le déclin de la fonction paternelle" (2010). Запаморочливе зростання випадків анорексії, безсумнівно, на думку автора, пов'язане з тим, що психоаналітики називають «зниженням батьківської функції», яке характеризує наше суспільство. Дивлячись у дзеркало, анорексик скаже, що його тіло набагато більше, ніж воно є насправді. Цю думку підтримують М. Koehler, G. Lesœurs & G. Ostermann у дослідженні "Anorexie, du Rien au Réel. De la parole vide et vaine à la parole pleine" (2023). Анорексик блукає між фантастичними уявленнями про ідеальне тіло, несвідомим попитом на любов і відмовою від бажання, чергуванням страждань і насолод. Те, що наповнює його тіло і психіку, – це не порожнеча, а певний об'єкт, ніщо, об'єкт *a*, формалізований Жаком Лаканом, залишки втраченого злиття з тілом матері. Автори посилаються на третю топіку: вузол Реального, Символічного, Уявного (RSI). Розвиток образу свого тіла анорексиком не було здій-

снено гармонійно, що призвело до урізаного образу та тіла, якому відмовлено будь-яке уявне, символічне та прагматичне втручання природи. E. Bognis Desbordes у статті “L’anorexie des jeunes filles: un symptôme contemporain” (2013) наполягає звернути увагу не на годування анорексика, не на його «перевиховання», а мова про надання голосу суб’єкту, суб’єкту, якому це нелегко дається, бо він відмовився від мовленнєвої тривоги. Це необхідно, щоб він міг висловити функцію, яку для нього виконує анорексія. Молоді дівчата з анорексією в перші місяці спостереження виглядають, як правило, дуже мовчазними, майже нікими, і будь-яка спроба занадто швидко вивести з цієї ситуації робить їх агресивними. Отже, на думку авторки, анорексія із самого початку передбачає абсолютно унікальний спосіб позиціонування в клінічних ситуаціях. Тоді психоаналітична орієнтація дає нам цінні орієнтири щодо питання перенесення та спонукає розглядати анорексію як ознаку суб’єктивного страждання, пов’язаного з неможливістю сказати, але також ознаку лікування реального через символічне. M. Recalcati, ґрунтовно досліджуючи анорексичні симптоми у статтях “Séparation et refus: considérations sur le choix de l’anorexie” (2010) та “L’anorexie comme suicide différé” (2011), доводить, що, залишаючись на поточний момент у складній сфері диференціальної діагностики, ми можемо стверджувати, що анорексія в принципі є вибором суб’єкта. Анорексія з’являється як реальне рішення суб’єкта, який повністю відданий виконанню свого проекту: ніколи більше не бути рабом того, чого я не роблю. Тобто відділитися від вимог Іншого і не бути ніколи об’єктом насолоди Іншого. Відмовляючись від символічної залежності, яка прив’язує його до означників Іншого, суб’єкт з анорексією відмовляється від власної сепарації, видаючи себе за холодного, закаменілого, некастрованого, компактного суб’єкта. У цьому сенсі анорексія дійсно протилежна невротичному симптому і воліє до не-невротичного. Тоді як невротичний симптом відокремлює суб’єкта, викликаючи коливання ідентифікації, що дезорієнтує уявну ідентичність, сформовану його, і є ознакою символічної ефективності кастрації, ано-

рексія переслідує ідеал абсолютного панування, який хотів би стерти суб’єктивний поділ. Тоді анорексія є егосинтонічною, а не егодистонічною, а божевілья анорексії – це божевілья, яке хоче створити суб’єкта, якого не торкнулася кастрація. Харчування для людини структурно пов’язане з потягом, – вважає D. Cosenza у ґрунтовному дослідженні “A Lacanian Reading of Anorexia” (2023), а також D. Cosenza, & D. Busiol “Anorexia, bulimia, binge-eating and obesity. An interview with Domenico Cosenza” (2021). Доменіко розглядає анорексію через скопичний потяг, бо таким суб’єктам важко втрачати погляд інших, вони утримують його на собі, роблять себе об’єктом погляду. Потяг – це частина структурних відносин з Іншим, з тим, хто пропонує їжу, з бажанням, яке поставлене на карту в цій пропозиції, і з насолодою, яку вона тягне за собою. Анорексія виникає у відповідь на певні труднощі, з якими суб’єкт стикається в діалектиці відносин з бажанням Іншого. Більше того, він відмовляє Іншому, це – спосіб насолоджуватися без Іншого, як це буває, приміром, в адикціях.

Викладення основного змісту. Їсти ніщо і бути нічим. Герменевтика бажання – умова суб’єктивного буття, З. Фройд позначив це у «Тлумаченні сновидінь» (Freud, 2012), потім розвинув у логіці стосунків матері та дитини. Мати не тільки дає немовляті їжу, але переводить потребу у запит, змушує його формулювати. «Бажання – це центральна функція в будь-якому людському досвіді», – скаже Ж. Лакан у Семінарі «Я в теорії Фрейда і техніці психоаналізу» (Lacan, 1980). Бажання є внутрішньою проєкцією Я і репрезентує те, що ми бачимо, розуміємо, творимо. «Бажання – це метонімія нашого буття», – резюмує він у Семінарі «Етика психоаналізу» (Lacan, 1999). Суб’єкт, що бажає, знаходить своє Я за допомогою Іншого. І суб’єкт не вичерпується *cogito ergo sum* – у Семінарі «Чотири основні поняття психоаналізу» (Lacan, 2007) Ж. Лакан вводить поняття *desidero*, пояснюючи суб’єкта в термінах бажання, як *desidero ergo sum*, що створює зовсім іншу базу для конститування суб’єкта, і для цього потребує Іншого. Інший – об’єкт, який детермінує бажання. Тобто суб’єкт розраховує на відповідь, і тоді

бажання його не просто орієнтоване на Іншого, а й реалізується у Іншому. Бажання суб'єкта заявляє себе як бажання Іншого і залежить від його вимоги. За допомогою бажання суб'єкт відкриває неповноту свого буття. Потреба ж орієнтована на конкретний об'єкт і задовольняється цим об'єктом. Запит формулюється у зверненні до іншої людини в полі мови і відноситься до чогось відмінного від задоволення, якого він воліє: мова про присутність та відсутність. Потребі та запити ніколи не збігтися, між ними завжди є зазор, де народжується об'єкт бажання, він ідеальний і тому недосяжний, оскільки його неможливо присвоювати повною мірою, і це розчарує. Тоді що ініціює бажання? Ж. Лакан (Lacan, 1994) вважає, що це – фантазм, і вводить поняття об'єкта *a*, який є причиною бажання та ретроспективно передбачається самим бажанням. Що ми можемо сказати про бажання анорексика і його цінний об'єкт? У відмові від їжі, у випробуваннях тіла, у ставленні до Іншого, у всьому його бутті є своєрідне задоволення в ніщо, яке є позитивним як об'єкт, і набуває статусу об'єкта субстанції саморуйнівної насолоди.

Анорексик їсть ніщо, хоча насправду хоче покласти до рота весь світ. Для нього ніщо – це дивний, парадоксальний об'єкт, який не ототожнюється з їжею, а володіє якимось суб'єктивним змістом, що, власне, і демонструється аналітику у терапевтичному процесі. Ж. Лакан розглядав анорексію у зв'язку бажання і нестачі. Суб'єкт може відмовитися від їжі, щоб поновити нестачу, яка не зводилася б лише до інструменту задоволення харчових потреб. Ба більше, анорексик намагається не просто визнати свою нестачу, але й оперувати нею, бо ніщо – єдина річ, яку можна допустити до поглинання. А їжа сприймається тоді лише як просто якийсь наповнювач. Анорексик не дарує нестачу, радше зваблює цим Іншого, навіть якщо Іншого для нього не існує. Такий суб'єкт робить вигляд, що підкоряється диктатурі інших (їсти), але таємно підкоряється власній диктатурі ніщо. Він прагне позбутися власного образу, стерти статеві ознаки, щезнути, довести, що його немає, але Ж. Лакан уточнює, що анорексик є, але є нічим. Бо бажання уточнює нестачу. Що

означає «я їм ніщо»? «Ніщо не є відсутністю чогось, ніщо є чимось», – говорить Ж. Лакан. Цю формулу він вперше ввів у 1950-х роках у своєму Семінарі IV (Lacan, 1994), також у 1964 році він знову звернувся до цієї теми у Семінарі IX «Чотири фундаментальні концепції психоаналізу» (Lacan, 2007), і розвивав ще у 70-х роках, привносячи нові акценти та тлумачення. Він пропонує нову теорію анорексії, де клініка має на меті виявити суб'єктивні позиції стосовно мови та насолоди, які можна визначити в термінах структур або способів впоратися зі своїм симптомом. У Семінарі IV Ж. Лакан нагадує про стосунки матері й немовля під час годування: «...можливо... взагалі не потрібен реальний об'єкт». Тобто, пояснює він, ідеться лише про задоволення символічної насиченості. «Я наполягаю – це означає їсти ніщо. *Ніщо* – це щось, що існує на символічному рівні... Справа в тому, що дитина їсть ніщо, це є щось інше, ніж заперечення активності, відсутності як такої. Завдяки цьому *ніщо* вона змушує матір залежати від неї. Якщо ви цього не зрозумієте, ви нічого не зможете зрозуміти не тільки про нервову анорексію, але й про інші симптоми, і ви зробите великі помилки». І далі: «Опір всемогутності... виникає не на рівні дії, а на рівні об'єкта, який постає перед нами під знаком *ніщо*. Дитина перемагає свою залежність саме на рівні об'єкта, скасованого як символічний, харчуючись нічим». Таким чином, анорексик наче перевертає ситуацію взаємодії з Іншим, змушуючи матір тепер залежати від його бажання, «саме вона у його милості, у владі проявів його примхи, у владі його власної всемогутності». Ж. Лакан вважав анорексію просвітницьким клінічним прикладом, і у 1950-х роках декларував вчення про тріаду потреба–вимога–бажання, де хотів показати, що бажання не зводиться до потреби, а об'єкт бажання – до об'єкта потреби, більше того, бажання не є задоволенням потреби, саме це і є бажання ніщо, як у анорексика. У Семінарі IV Ж. Лакан повністю зміщує питання оральності. Мати задовольняє потреби дитини, даючи груди. Але як мовна істота, коли вона дає їжу, то робить дар, любов, символізує об'єкт і відносини з дитиною та стає силою, яка може давати або не давати об'єкт. Тоді їжа

більше не є об'єктом задоволення потреби, а стає доказом любові, й об'єкт стає символічним, означником, цінним саме через ніщо як цінність подарунка. Йдеться про інший голод, бо стає включеним і сексуальне лібідо. Ж. Лакан говорить про Іншого та бажання, про об'єкт їжі й про стосунки з Іншим через цей об'єкт. Мова не про реальний об'єкт, а про ніщо як об'єкт. Справа не в тому, що анорексик не їсть, він смакує відсутність. Ж. Лакан називає це запереченням дії, і далі буде говорити про негативність.

А. Грін (Green, 1993) осмислює фрейдівську ідею заперечення (Freud, 1951) і окреслює власні міркування про два його реєстри: поганий, неадекватний, від якого варто відмовитися, і реєстр порожнечі, зяння. У З. Фрейда ми бачимо судження про атрибуцію (як протилежність добра і зла) і судження про існування (розрізняє те, що є, і чого немає). Вони розглядаються З. Фрейдом між принципами задоволення/незадоволення і реальності. «Заперечення є як символ, який дозволяє подолати компульсію принципу задоволення», – пише А. Грін, і далі: «Нам здається, що З. Фрейд тут посилається на механізм, опис якого він пропустив і яким він буде продовжувати нехтувати, – негативацію. Негативація стосовно задоволення, яке тісно пов'язане з потягом (компульсивне повторення вказує на це), і перебуває, можливо, поза захистами». Серед багатозначностей негативу А. Грін також виокремлює ніщо. На його думку, «не протиставлення чомусь протилежному, симетричному, зворотному чи прихованому, а саме ніщо». «Цей негатив, однак, не менш негативний, ніж припущення, що він стосується того, що ніколи не мало існування». А. Грін вважає це різницею між тим, що померло, і тим, що не народилося. Аналізуючи труднощі того, що презентує себе як ніщо, робить його таким, що існує, він говорить про ніщо, яке інакше помислити неможливо: «Ніщо ніколи не стає з небуття, щоб накласти закляття на силу негативу, яка більше має права на існування». Мати аналізанти Р. звернулася із запитом допомоги доньці, яка страждає на анорексію з 10 років, і лікування у стаціонарі лише погіршило ситуацію, бо «лікарі вимагали від неї їсти і збільшувати масу тіла, інакше не виписуть». Маса

тіла не збільшувалася, а психічний стан погіршувався. Вона з'їдала за день до 125 грамів їжі, а зважувати і підтверджувати вживану кількість змушувала матір, хоча водночас користувалася спеціальним онлайн-додатком, куди заносила дані. В історії дівчини є самоушкоджуюча поведінка, спортивні заняття на виснаження – качала прес чи відтискала до болю, поки не падала безсилою. Р. представляла типову анорексичну картину: постійно контролювала їжу, займалася атлетичним видом спорту на рівні змагань і щодня балетом; у неї аменорея, бо вона хоче за будь-яку ціну зберегти своє тіло дитини; сильне бажання уникати людей і часті депресивні епізоди між нападами агресії, які більшою мірою спрямовані на матір, а також на однокласниць, коли дівчина погоджується йти до школи. Через певний проміжок часу клінічної роботи в перенесенні агресія була спрямована й на аналітика. Власне, мама дівчини скаржилася на те, що жити разом з донькою стає їй несила саме через агресію й нескінченний контроль зі сторони доньки. В історії Р. батьки розлучилися, коли їй було 8 років, тато живе в іншій країні й вона нечасто з ним спілкувалася. Мама – єдина, хто з нею завжди поруч, але це «поруч» суто функціональне. Мене здивувала аватарка у месенджері мами: вона тримає дитину на спині, й це виглядає дивно, навіть якось неприємно, бо дівчині вже 13, вона висока зростом, ноги – до долу. Як пояснила жінка, це фото для соціальних служб, тому що її в лікарні звинувачували у недбалому ставленні до здоров'я дитини, бо не змушує вживати достатню кількість їжі й погрожували звернутися до ювенальних правоохоронних органів. Мама дівчини до нашої роботи була включена в нав'язливе зважування грамів їжі для доньки, бо «інакше вона не відстане», та скаржилася: «Я не можу нікуди піти, вона телефонує, погрожує, що щось зробить із собою, а коли я вдома, то не можу піти в іншу кімнату, бо вимагає сказати, чи з'їла щось, чи їй здалося, боляче стискає мої руки і може кусатися чи битися». Наче в доказ своїх слів після першої зустрічі надсилає мені відео, де вона знімає Р., яка перебуває у збудженому агресивному стані, кричить без слів, просто «ааааа», вчепившись в її

руку, а мати погрожує викликати поліцію, чим ще більше вводить доньку в афект, яка падає на підлогу й агресивно-відчайдушно робить фізичні вправи. Саме тут ми можемо споглядати, як дитина використовує це ніщо, щоб зробити матір залежною від неї, і перемагає таким чином свою залежність від Іншого, харчуючись не чимось як частковим об'єктом, а об'єктом скасованим, нічим як об'єктом. Якщо мати Р. намагається займатися своїми справами, донька наче її карає. Вона може кричати і бити предмети, причому навмисно так голосно, що сусіди викликають поліцію. Мати говорить, що єдиний вихід для неї – втекти поза очі, але переживає, щоб донька не вчинила щось із собою. Деструктивна поведінка буває демонстративною – дівчина може бити матір при знайомих людях, у таксі, ресторані тощо. Власне, причина такої поведінки – відчуття тотальної порожнечі, яку треба задовольнити будь-якою ціною. Ж. Лакан використовує те, що М. Кляйн назвала депресивною позицією, і поєднує її з тим, що він сам конструював – стадією дзеркала, яка конститує суб'єкта в уявному. Дитина переживає відчуття тріумфу в момент, коли схоплює себе цілою у люстерку. Це досвід опанування. Вона знаходить свою форму, яку можна контролювати, але це ілюзія, бо насправді дитина фрагментована і некоординована, й тріумф стає поразкою. Дитя опиняється в присутності цієї цілісності у формі материнського тіла і розуміє, що воно йому не підкоряється. Тоді материнська всемогутність відбивається лише в явно депресивній позиції, й дитина залишається безпорадною. Звичайно, вона могла б сказати «ні» цій всемогутності та ввести вимір негативізму. Але опір розташовується на рівні об'єкта, об'єкта ніщо. Дівчина Р., приміром, їсть ніщо і перемагає свою залежність саме на рівні об'єкта, скасованого як символічний. У разі анорексії суб'єкт, здається, здатний відокремитися від кожного об'єкта, нав'язавши свою силу волі в гонитві за метою: обійтися без усього. Тобто анорексик робить себе володарем того, хто залежить від нього. Анорексія – протест, заклик зробити пролом у всемогутньому Іншому. Якщо я контролюю Іншого, тоді його немає, власне, анорексик це і демонструє. Одночасно це – контроль задово-

лення, яке переповнює. Воно обмежує підпорядкування Іншого і погоджується з прийняттям нестачі Іншого, та навіть і своєї нестачі, оскільки вона в Іншому. Це любов – поміщати свою нестачу в Іншого, і катастрофа, коли виявляється, що цього немає. Коли Інший плуває турботу з даром любові, це душить, і коли його любов проявляється не в тому, щоб давати, чого не маєш, а тотально задовольняти, анорексик відмовляється від їжі й вважає свою відмову бажанням. Їсти ніщо, нічого не їсти є суб'єктивним захистом бажання. Крім того, Ж. Лакан у Семінарі IV говорить: «Мати повинна бажати поза дитиною». Іншими словами, нехай вона відпустить, аби дитині знайти самостійно шлях до бажання. У випадку з Р. мати перебувала у глухому куті. З одного боку, у неї відчуття провини за «хворобливу» доньку і намагання задовольнити всі її потреби, аби стало спокійніше. Вона слухняно зважувала їжу, записувала грами, відповідала на всі питання, дозволяла спати із собою в ліжку і не ходити до школи, якщо дитина не хоче тощо. З іншого – жінка була самотня, знесилена і роздратована. Коли мама в результаті клінічної роботи (я працювала з дівчиною, а також проводила сесії разом з матір'ю за попередньою домовленістю з Р.) змогла не повсякчас відповідати на всі провакації доньки, а також знайти власну реалізацію, ситуація стала розгортатися під іншим кутом: об'єктами агресії стали дівчата зі школи. Школи, до речі, вона змушувала маму змінювати, як тільки там з'являвся шанс наповнитися когнітивно, творчістю чи дружбою, потерпаючи від страху втратити порожнечу. Об'єктами агресії ставали однокласниці, бо «вони жирні, брудні, глузують з моєї худоби, хлопці обзиваються і вони всі ідіоти». Втім агресія зміщувалася й на психоаналітика, і доводилося винаходити різні клінічні прийоми, про які йтиметься нижче.

Потяг, як ми знаємо, є постійним лібідним навантаженням, але отримання тотального задоволення неможливе. Відбувається розмежування задоволення/невдоволення, прописане в тілі, яке покликане отримувати задоволення навіть через невдоволення, і цього прагнути. Мета потягу не кінцева, суть її – в повторюваному русі замкненого символіч-

ного ланцюга. Ж. Лакан, говорячи про три такти потягу у зв'язку з позиціями (активною, пасивною та пасивно-активною), розглядає їх як способи суб'єктивації. Способи різні, але питання одне: як я роблю себе об'єктом Іншого у моєму власному потягу? У Ж. Лакана найбільша увага до виміру потягу проявляється у Семінарах з 1962–1963 років (Lacan, 2004, 1963), де він говорить про об'єкт *a* (*autre*) як те, що відпадає. І так само він стає об'єктом максимального тяжіння, об'єктом-причиною бажання Іншого. Його можна помислити як апіорну структуру бажання (*desiderata*), проте його не можна описати. Це залишок операції конститування істоти, що говорить, але він не може бути асимільований, бо належить до реєстру Реального. Він непізнаваний, хоча й має ефекти: об'єкт *a* – ніщо. Об'єкт *a* стає основою лаканівської концепції анорексії. Потяг – діяльність насолоди, що спрямована на пошук задоволення, подорож навколо об'єкта, якого завжди не вистачає. Оральний потяг для Ж. Лакана не пов'язаний з їжею. Це зовсім інше задоволення, бо рот повинен, наприклад, пройти крізь предмет, природа якого абсолютно не важлива, тому об'єкт *a* не є субстанцією, це порожнеча, – каже Ж. Лакан у Семінарі XI, яка може бути зайнята будь-яким об'єктом. Іноді вона втілюється, знаходить епізодичні субстанції в іншому місці. Аналізуючи анорексію, Ж. Лакан веде нас двома напрямками: діалектичним, пов'язаним з відчуженням-сепарацією, коли суб'єкт робить себе об'єктом, щоб відповісти на загадку бажання Іншого, та напрямом негативації, де *ніщо* не живить бажання, а десуб'єктивує його у формі тотальної насолоди, яка не залишає місця ні для чого іншого.

Пекло – це Інший. Д. Віннікот (Winnicott, 2016) припускає, що травматичні переживання, які сприяють випробовуванню здатності дитини чекати бажану реакцію матері, через відсутність відповіді привели до стану, в якому єдине, що реальне, – це негатив. Наслідки переживань впливають на всю психічну структуру і стають незалежними від майбутніх проявів та зникнень об'єкта. А негатив, за словами Гріна, «нав'язує себе як організований об'єктний зв'язок, незалежний від присутності чи відсутності об'єкта».

М. Рекалькати (Recalcati, 2007, 2010, 2011) вважає, що ніщо дозволяє перевернути баланс сил. Спочатку дитина є об'єктом Іншого, від якого залежить. А потім суб'єкт робить Іншого залежним від себе й занурює його в безсилля тривоги. В логіці негативізму, привласнюючи нестачі всі атрибути зла, психіка намагається створити позитив, пропонуючи себе жертвою об'єкта. Вона наділяє останні провинною, яка потребує покаяння й повернення, – вважає А. Грін (Green, 2002). Зазвичай в тривозі перебуває не анорексик, а оточення, яке не знає, що робити і потерпає від агресії. Розлука завжди передбачає втрату насолоди, відчуження, а відмова – це досвід розриву з Іншим, а його найрадикальніша форма – ненависть, агресія. Власне, вона пов'язана з вимогою суб'єктивної диференціації між я і не-я, між суб'єктом й Іншим, між внутрішнім і зовнішнім світом. Що може бути первісним намаганням дитини відокремити від себе злий об'єкт? Приміром, плювок як рух «вигнання», від цього залежить сам рух інкорпорації. Для того щоб відбулася асиміляція, має статися відділення від злого та руйнівного об'єкта. Коли вперше мама з донькою прийшли на прийом і сиділи в очікуванні свого часу у приймальній, я почула галас. Відкривши двері кабінету, побачила, як вони сваряться і Р. плює в матір. Та стояла розгублена і зла. Потім вона неочікувано теж плюнула у свою дитину. Ще одна пацієнтка-анорексик, дівчина 25 років, довго й з певною насолодою розповідала про те, як партнер хотів піти від неї, а вона повзла за ним і хапала за ноги, а той у неї теж «багато разів плював». Тут згадується думка З. Фрейда у «Потягах та їх долях» (Freud, 1995) про те, що чисте Я-задоволення інкорпорує чи інтросексує об'єкти, які дають «задоволення, і видаляє із себе об'єкти – джерела незадоволення». А. Грін у «Роботі негативу» продовжує: «Реакція суб'єкта на Іншого через неможливість його уникнути – це стратегія взаємної асфіксії, удушив самого себе, свій потенціал, намагаються придушити і його». У «Запереченні» З. Фрейд говорить про репрезентації процесів інтроекції та проєкції у відповідності до мови імпульсів оральних потягів. Тобто «я хотів би з'їсти» конститує перший спосіб прийняття з боку Я як модель для май-

бутніх інтроєкцій. «Я хотів би виплюнути», навпаки, є першою моделлю відторгнення, і надалі буде слугувати моделлю майбутніх проєкцій. Ці процеси з асоціації протиставлення любов–ненависть сприяють первинному розщепленню Я і об'єкта, які будуть сприяти обмеженню циркуляції афекту в процесі відпрацювання втрати об'єкта. А. Грін вважає, що тоді ми можемо бачити «не припинення страждання (через появу об'єкта, який міг би добре потурбуватися), а поглиблення (оскільки такий об'єкт відсутній), де об'єкту нескінченно висуваються хворобливі претензії. Такий стан речей зрештою спрямований на те, щоб змусити об'єкт «вийти» з його відсутності. Виставлення напоказ взаємної поганої взаємодії тут винаходить фікцію «матеріалізованого ефекту», який посідає місце будь-якої інтерпретації. Для досягнення цієї мети використовується самоусунення Я, яке породило б відчуття порожнечі чи прірви, і яка є нічим іншим, як копією, способом власного знущання над самим собою». Мова про репрезентацію об'єкта, який був захоплений власною нестачею, і «чия доля – розтанути й змішатися з відчуттям власного існування». Мазохістичне задоволення – частина факту неіснування об'єкта, частина відповіді з боку Я. Конфлікт може бути вирішений, крім страждання (мазохістична якість переважана), лише «пошуком зникання Я самого по собі, у відношенні до чого важко сказати, відбувається воно виключно з його руйнівної сили чи зі свого роду міметичної симетрії не появи об'єкта». З. Фройд говорить про те, що механізм проєкції у зв'язку з диференціацією супроводжує процес відхилення потягу до смерті у сплаві з потягом до життя і відкриває шлях до первинного садизму, а у «Економічній проблемі мазохізму» (Freud, 1929) уточнює, що проєкція співвідноситься з первинним садизмом, а інтроєкція – з первинним та вторинним мазохізмом. А. М. Кляйн (Klein, & Segal, 1977), міркуючи про поняття проєктивної ідентифікації, показала, що використання процесів проєкції-інтроєкції має відношення не лише до протистояння між проєкцією невдоволення у зовнішній світ, зовнішній об'єкт, а й інтроєкцією задоволення у внутрішній світ. У психічному бутті ці про-

цеси можна використати до будь-якого змісту, поганого чи хорошого. Проєктивна ідентифікація тоді потрібна була, щоб позначити прототиби деякого агресивного відношення до об'єкта, який відповідає несвідомій проєкції в об'єкт поганих частин. Проте ідентифікаційний аспект проєктивної ідентифікації націлюється на те, щоб анулювати його та знов набути ідентичності між почуттями й уявленнями суб'єкта та почуттями й уявленнями об'єкта. Тобто можемо припустити, що проєкція є захистом від внутрішньої деструкції шляхом приписування цієї деструктивності об'єкту, і веде до змішування внутрішнього і зовнішнього, а також до тимчасової втрати реальності. Для суб'єкта з анорексією, який відновлює первинну модальність психічного апарату диференціації, плювання є не просто втіленням ненависті, а психічним актом, де «Фатальною ціною диференціації буде відмова від асиміляції, оскільки асиміляція стирає межі, які відрізняють суб'єкта від Іншого, відмова усуває суб'єктивну різницю, поглинаючи Одне в Інше», – вважає М. Рекалькаті (Recalcati, & Jauregui, 2005), щоб відкрити нестачу в Іншому, похитнути Іншого. Анорексик боїться загубитися, розкришитися на друзки у стосунках з Іншим, навіть якщо прагне їх. «Рух дистанціювання, витіснення, відокремлення об'єкта кристалізується, прагне стати фіксованим, скам'яніти, а не інтегруватися з процесом включення-асиміляції Іншого». Анорексія – унікальна форма негативації. Суб'єкт діє так, ніби він взагалі був без Іншого. І єдиний Інший, який має значення, – це уявний Інший, ідеальна проєкція його тіла.

Не-невротичні сценарії. Анорексія загалом має нігілістичний характер. Проте говорити про необхідність диференціальної клініки анорексії нам необхідно. Ми маємо міркувати, спираючись на особливості психічних структур щодо об'єкта в невроті (мова про бажання) і в психозі (не діалектичне, не пов'язане з бажанням Іншого, а радикальна відмова від Іншого, чисте самознищення). Анорексик не-невротичного сценарію ідентифікується з річчю. Ніщо може бути діалектичним у невроті, а в психозі має інше вираження, бо цей об'єкт має специфічну логіку. Наприклад,

така логіка може походити від марень анорексички на кшталт впевненості, що приймала їжу, коли насправду це було неможливим; уявленень дивних місць, де може знаходитися їжа і яким шляхом звідти вона може потрапити до рота. Причому марення підтверджується або з жорсткою психотичною впевненістю, або, як припускає М. Рекальтаті, з «меланхолійно-наркотичним акцентом». Ж. Лакан (Lacan, 2011, 2013) розглядав цей вид психозу як ординарний, «сплячий», який повільно еволюціює. У інших психодинамічних теоріях можемо знаходити цю клінічну категорію, як нарцисичний чи межовий розлад, латентна шизофренія, шизотипія тощо. Така структура має специфіку вираження і компенсації. Приміром, на місце виключення батьківської метафори приходить замісна конструкція – синтон, що зв'язує три реєстри (Символічне, Уявне, Реальне), тобто з'являється на місці форклюдії логічного оператора (головного означника). На його місці може бути уявна ідентифікація. Синтоном може виступати тіло суб'єкта, його образ, практика з ним, клініка ординарного психозу побудована також на випадінні з тілесності. Синтон – подія тіла.

Можемо помислити в цій логіці й «білий» психоз, означення якого дає А. Грін (Green, 1983). Загалом термін «білий», який походить від англійського blank, означає порожній, не зайнятий ніким простір. «Ми стикаємося з подвійним значенням цього терміна: білий колір і порожнеча. Англійське слово походить від французького blanc, що означає «білий». А французьке слово, своєю чергою, походить від західнонімецького blank, що значить «чистий, відшліфований». Blanc замінило латинське albus. А Грін говорить про семантичне роздвоєння кольору (albus) і порожнечі (blank) і посилається на Б. Левіна з його термінами «білий екран» (як репрезентація груді уві сні ситого немовля, що заснуло після годування) і «білий сон» (порожній, без репрезентацій, але в якому є афекти, присутні симетричні, компліментарні й опозиційні відносини між груддю як галюцинаторним задоволенням бажання і негативною галюцинацією груді). Що тоді чорний як антонім? Чорний – «простір ночі, де щезає об'єкт». Тоді «чорнота – це порожній безлюдний простір», де щезають

форми і шуми. Білий – невидимий, як колір зорі, коли щезають нічні страхи і настає крихкість нового дня, такого ж, як і попередній.

Працюючи із суб'єктами анорексії, я часто чую про «біле». Приміром, аналізанта Р., клінічні епізоди роботи з якою я наводила вище, вимагає від матері винятково знімати житло, де стіни білі. На них вона інколи розташовує свої чорно-білі малюнки. Ще одна аналізанта Т. намагається оточити себе винятково білими предметами, її мрія – білий простір, в якому немає жодної кольорової плями. Особливе значення набуває кухня: тут має бути біла стерильність поверхонь. Тут не треба готувати. Бо не має бути ні запаху, ні смаку. Вона з ненавистю говорить про матір, яка «завжди у бруді готує їжу», і бабцю, у якої на кухні «жир і сморід». Загалом, у роботі з анорексиками доволі часто з'являється образ білого як порожнього. До прикладу, аналізанта Р. вважає, що навіть проходячи повз порожній стіл, на якому немає їжі, вона може випадково проковтнути крихту, яка там залишилася, і не помітити, а це зайві калорії. Або ж торкнутися стола і відчутти в роті смак їжі, чи взятися за чисту ложку, але немає гарантії, що на ложці не лишилося жиру. І це дуже непокоїть. Їй доводиться торувати собі шляхи по квартирі, уникаючи столу, бо він викликає напад тривоги. Така паранояльність може поширюватися на будь-які предмети. Приміром, дівчина вважає, що на одязі теж можуть бути залишки їжі, на рушниках, у косметиці, навіть у волоссі чи білизні: «коли я думаю, що на моєму одязі є їжа, у мене в голові це звучить як правда». У школі вона контролює з'їдене, малюючи хрестики на руці, бо смартфони заборонені, а треба поставити знак, що їла (їжу бере з дому, зважену і пороховану). Р. змінила дві школи тому, що там однокласниці пахли жиром і торкалися її. Але це не заспокоює дівчину, і вона «дістає» питаннями матер, поки вона не підтвердить, приміром, ця тарілка чи білизна чиста або брудна. Від білого кольору до «білого» психозу: А. Грін вважає, що «Я починає дезінвестувати репрезентації і стикається зі своєю порожнечею всередині. Коли вривається багато шуму, Я змушене зникнути, щоб повернутися у тишу». Якщо вимоги не досягали мети хоча б частково, дівчина Р. провалюва-

лася у депресивний стан, відмовлялася від контактів, не виходила з дому. Також демонструвала стійку фобійність або нав'язливість: дуже часто ходила в туалет, до болю; до крові постійно мила руки; по п'ять годин поспіль виконувала фізичні вправи. Могла демонструвати також тотальну когнітивну відмову: «я нічого не розумію, не пам'ятаю, не буду ні про що говорити, тому що це мене заплутає». Власне, будь-яка перебільшена дія була спрямована на відчайдушне утримання порожнечі – у шлунку, на шкірі, у січовому міхурі, в пам'яті, у думках. Все, що могло б бути інвестованим, відкидалося як небезпечне. Ф. Тастін (Tustin, 2018), італійська психоаналітикиня, завдяки якій ми багато чого знаємо про генезу дитячих психозів, міркуючи про психотичні депресії як «чорні дірки» в тканині психіки, наголошує на деяких випереджальних механізмах. Я перед небезпекою повернення катастрофічного афективного досвіду, пов'язаного з первинною сепарацією з материнським об'єктом. А. Грін дає поняття комплексу мертвої матері (Green, 2018), який є одкровенням перенесення, бо трансформація в психічному житті в момент раптової втрати матері, коли вона різко відірвалася від немовляти, переживається дитиною як катастрофа – без жодного попереджувального сигналу любов була втрачена «одним ударом». Тоді першим і найважливішим стане унікальний рух із двома аспектами: декатексис материнського об'єкта та несвідома ідентифікація з мертвою матір'ю. Декатексис, який є переважно афективним, але також репрезентативним, становить психічне вбивство об'єкта, здійснене без ненависті. А. Грін говорить тоді про специфічну депресію, коли стан подібний до клініки порожнечі, або до клініки негативу. Він попереджає про специфіку депресивних переживань цих пацієнтів, коли конфлікти суб'єкта виникають у разі поєднання нарцисичних проблем із вимогами Ідеалу, що йдуть наперекір Над-Я або в руслі з ним. При цьому наявні прояви своєрідного аутоеротичного збудження керуються більшою мірою механізмами примусу, і тому вони по праву розташовуються по той бік принципу задоволення, наближаючись до самозаспокоєливих прийомів. А. Грін виявляє у цих пацієн-

тів «захист реальністю, якби суб'єкт відчував потребу у тому, щоб чіплятися за віру в існування реальності, вільної від будь-якої проекції, тобто ми присутні при нагоді крайнього заперечення психічної реальності». Тобто це стосується афективного вираження, зокрема психічного і фізичного болю (мити руку до крові, не спати, пісяти до болю, не могли бути на самоті, бо може щось статися, галюцинації й голоси). Така масивна і радикальна дезінвестиція первинного об'єкта створює «дірку» у психічній тканині та висвічує в негативі образ втраченого об'єкта. Більше того, ця діра стає місцем вторинних реінвестицій як почуття ненависті, й процесів репарації. Анорексія – той суб'єкт, який виявляється відчуженим від первинного материнського об'єкта у його негативній формі. Будь-які об'єкти, про які говорила Р., знецінювалися заради збереження насолоди від цієї порожнечі. Їй складно засинати, вона просила, щоб мати пустила її у своє ліжко, а якщо не пускає, то влаштувала крик. Дівчина практично завжди спала з мамою й пояснювала це страхом очікування нічних кошмарів, бо коли лишається сама у кімнаті, то боїться, що не проконтролює їжу, і вона буде проникати звідусіль. Тиша квартири стане незносною. Та і сам простір будинку теж.

А. Грін, міркуючи про білий психоз у логіці паралічу мислення й відчуття розділення, самотності й тілесного потягу, посилається на З. Фрейда. У «Я і Воно» (Freud, 1989) З. Фрейд стверджує, що перехід від несвідомого до передсвідомого відбувається шляхом з'єднання мнестичних слідів речей з мнестичними слідами слів, зрештою дає визначення Я як тілесної оболонки. Стрибок від мови до об'єкта подібний до того, що відбувається у межових станах. А. Грін слідом за З. Фрейдом пояснює, що суб'єкт за недостатності репрезентацій, констатує нестачу слів, здійснює мутацію й зміщується на рівень об'єктів, у такому випадку оральних. Якщо у суб'єкта не встановлюється фіксація на фалічній стадії, де важливе говоріння, що також відбувається ротом, тоді суб'єкт повертається до оральності у тілі. Грудь заповнює порожній простір, залишений репрезентаціями. Тривога, на думку А. Гріна, «проявляється тоді не

у звичному вигляді, а як порожнеча, яка створюється для захисту від бажання вторгнення об'єкта потягу, через який Я ризикує щезнути. Таким чином, зв'язок між «білим» і потягом являє собою взаємодію повного розриву з об'єктом і дезінвестиції репрезентації, одночасно вторгненням у дезінвестований простір потягу, що виходить з найбільш соматичної частини Воно. Одне йде слідом за іншим». Тобто йдеться про те, що «білий – це реакція на інтрузивність потягу, коли інтрузивність приймає значимість у випадку заповнення білого...». Власне, біла серія в теорії А. Гріна є концептом негативної галюцинації, білого психозу і білого горя, того, що можна назвати клінікою порожнечі, і є вони результатом дії одного з компонентів первинного витиснення: радикальної дезінвестиції, яка лишає слід у несвідомому у вигляді психічних дірок, які потім заповнюються реінвестиціями, вираженими деструкціями. Прояви ненависті й процеси репарації являють собою вторинні прояви у відношенні до центрального дезінвестованого первинного материнського об'єкта. Цікаве у цьому ключі дослідження Д. Розенфельда (Rosenfeld, 2019) «Створення психоаналітичного сетингу з пацієнтами з психотичними аспектами особистості» щодо пацієнтів з анорексією. Описуючи випадок Джулії, психоаналітик припускає, що анорексик, приймаючи їжу, відразу відчуває її «бруд», наче це фекалії, мислячи, що у відносинах матері й немовляти молоко нечисте, це наче «фекалії замість молока». Тобто йдеться про проєкцію на материнську грудь. Аналізанти Ф., анорексик, напругу говорить про уяву груді, з якої тече гірке коричневе молоко, як менструальна кров чи блювотні маси. Ця «їжа» наче наповнювала її з дитинства, і тому вона має слідкувати за масою тіла, щоб «жодна крапля такого молока не потрапила в рот». Також вона жахається, що може завагітніти, й тоді її нутрощі будуть з'їдені плодом, а з грудей буде текти кров. Д. Розенфельд також припускає, що у таких пацієнок не було корисних проєктивних ідентифікацій, мати була не здатна знайти доступ до емоційних переживань доньки, і, таким чином, відмовляючись від їжі чи викликаючи блювоту, анорексик «позбавляється аспектів власної психіки» або ж «знешкоджує

думки, біль, тугу, скорботу і шаленство», які пов'язані з первинним об'єктом. Суб'єкт з анорексією самотній, емоційно нестабільний, часто агресивний, який підтримує «відчуття внутрішньої порожнечі, яку, звичайно, не може наповнити конкретними об'єктами, такими як їжа». Також він вважає, що з точки зору психоаналітичної теорії пацієнтка поглинає те, що не підлягає інтроєкції, її психіка відкидає це, що власне й провокує серйозні порушення у здатності думати і руйнує концепцію мислення. Пошук відчуттів у роті у вигляді крихт обмежує Р., залишаючи її заблокованою у світі тілесних відчуттів. Тобто, спираючись на думку Д. Розенфельда, можемо припустити, що «вона живе так би мовити в устричній мушлі, де немає можливості встановити контакт з проєкцією та інтроєкцією; як наслідок, розвиток цих механізмів також може бути заблокований».

З початку роботи з Р. дівчина часто виказувала бажання зустрітися з татом, якого не бачила дуже давно. Звучало це як надія на якісь зміни в її бутті. Вона сумувала за бабцею і дідом, які теж жили в іншій країні, проте часто спілкувалися в месенджерах. Десять років тому мама вирішила, що, можливо, доньці буде краще, якщо вона зустрінеється зі своїм батьком, хоча у того була інша родина, і він практично не цікавився Р. Після довгоочікуваної зустрічі з татом, який відразу почав дівчину принижувати й знецінювати, обзивати «дохлим скелетом» і погрожувати «закрити в лікарні», Р. стало набагато гірше. Ми працювали з аналізантикою в той час онлайн, і саме перебування з батьком, можливо, стало тригером посилення тривоги: вперше дівчина заговорила про голоси, які разом із галюцинаціями стали незносними. Дівчина повсякчас розповідала про їжу, яка може потрапити в неї будь-яким шляхом, і відчувала смак у роті, на кшталт галюцинації, коли їжі поруч не було. Щодо голосу, то він змушував Р. вибирати: «якщо ти не помиєш руки 30 разів, то твоя бабуся помре», «йди на кухню і відкрий холодильник, якщо не підеш, цей холодильник тебе вночі вб'є», «перевір, чи сфотографувала ти сніданок, або твоя мама загине» тощо, то, за словами дівчини, він «не належав нікому, просто звучав у голові». «Він вима-

гав вибирати, а вибирати я не можу, я боюся, що робити?». Такі галюцинації, в яких присутні над-вкладення у словесні уявлення про переміщення об'єктів з реального порядку у символічний, дають суб'єкту фантазію про здатність керувати символічною присутністю речей. При осічках витіснення виникає форкюзія, відкидання символічного, яке може знову з'являтися у реальному. Цей зміст повертається у момент, коли суб'єкт виявляється конфронтованим бажанням Іншого у символічному відношенні. Інший буде тоді відкинутий у дзеркальній грі. Концепт Стадії дзеркала використовувався Ж. Лаканом для позначення етапу, на якому дитина ідентифікується з власним образом, який хтось третій визнає як такий. Цей символічний третій – Ім'я-Отця, і гра бажання полягає у визнанні дитиною символічного, що через витіснення обмежить первинні материнські означники і дозволить проявитися батьківській метафорі. Тобто завдяки батьківському закону бажання переноситься на будь-який інший об'єкт, ніж мати. Ім'я-Батька означає метафоричний замітник нестачі, того, що вислизає в бажанні. Якщо має місце початкова невдача обмеження материнських означників, то відкидається реальність обмеження, і «ні» залишиться форкюзованим, а дитина буде змушена відповідати материнському фантазму. За відсутності батьківської метафори відбувається вторгнення маревної метафори. Д. Віннікот також підкреслює визначальну роль матері, яка не дозволяє створювати хороші об'єкти, і закріплює дитину в шизоїдно-параноїдній позиції.

Цікаво те, що не-невротичну анорексію можна мислити як форму жіночого фетишизму, як це пропонують А. і М. Верморель (Vermorel, & Vermorel, 2001). Фетиш анорексика – тіло, їжа, те, що всередині, в результаті змішування тіла матері з тілом доньки. «На відміну від істинного перехідного об'єкта, який призначений для сепарації від матері, фетиш є перехідним об'єктом, що потерпів провал і був відхилений від своєї мети; він умертвлений, фекалізований, закріплює несепарованість і слугує захистом від психотичного захоплення; таким чином фетишизоване тіло анорексика стає вираженням холодного психозу без марення». Власне, ці дослід-

ники говорять і про механізм перенесення з такими пацієнтами, коли не символізований досвід стає проєкцією на психоаналітика, який покликаний надати йому нових сенсів, і йдеться про проєктивну ідентифікацію.

Деякі клінічні стратегії. Перед психоаналітиками не-невротичні анорексії ставлять низку клінічних проблем і вихідну складність. Це – визначення симптому, який може бути співвіднесений зі структурою, осмислення пускових елементарних феноменів чи епізодів поза кризою, обережність у клінічному сенсі, особливості перенесення і контрперенесення, інтуїтивні винаходи, особливості інтерпретацій, здатність витримувати виклики, створювати гіпотези і моделі, які відкривають доступ до специфічних патопсихологій. Аналітику непросто пережити перенесення з не-невротичним аналізантом і створювати психічний простір – це довготривалий непереривний процес, про який Д. Віннікот сказав як про стабільну і постійну присутність матері, яка здатна контейнувати об'єкт, щоб зробити можливою підтримку попередніх інтросекцій. За думкою А. Гріна, «психоаналітичний підхід завжди посиляється на досвід, який від початку розглядається з точки зору його позитивності й обмежень» (Green, 1993). Він підтримує Д. Віннікота і А. Біона, які роблять висновок, що є випадки, які виходять за межі класичного лікування, розташовуються на межі психоаналітичного втручання. Суб'єкт намагається своєю поведінкою ввести в оману, що він продовжує жити, ховається за парадоксальне мислення, хитрує з уявними і спекулятивними викривленнями, має власні стратегії уникнення усвідомлення, приховує зміст власної думки. Відносний оптимізм у роботі з анорексиком нам необхідний, бо варто підкреслити контраст з негативною терапевтичною реакцією, яка характеризується у протиставленні з неможливістю відмовитися від актуалізації бажань з об'єктом перенесення. А. Грін, міркуючи про межові розлади, вважає, що складність клінічної роботи полягає саме в «проєктивній незрозумілій поведінці, спрямованій на те, щоб збити з толку аналітика, висковзнути з-під його впливу і навіть приймаються зусилля, щоб зробити його дурнем». В основі такої поведінки – страх відчу-

ження і залежності від всемогутнього об'єкта, страх провалу/руйнування або захоплення недоброзичливим шкідливим об'єктом, за Д. Віннікотом. Тоді стратегія поведінки аналізанта під час сесій – агресія. Сесії з аналізанткою Р., приміром, здебільшого будувалися на пошуку відносно прийнятних стратегій, які могли б допомогти дівчині витримувати внутрішній тиск об'єкта ніщо, а в реальному житті рухатися в бік створення об'єктних відносин і посилення когнітивності. Сесії інколи виглядали так: вона запитувала, що робити з головами, мареннями, галюцинаціями, а також з мамою, татом, однокласниками, до яких було сильне відчуття агресії тощо, але звучало все у наполегливих повтореннях як вимога відповіді, яка насправду їй була байдужа. Якщо я пропонувала їй самій спочатку знайти відповідь, Р. тут же ставала в позицію негативну: не знаю, нічого не розумію, коли я думаю, я тривожусь і заплутуюсь! Пропонувати анорексика відповіді – сказати, що ти можеш вибрати собі їжу сама. Вона відмовлялася. Але могла просити додаткові сесії чи пропускати, щоб контролювати аналітика, і, таким чином, збільшувати чи зменшувати «кількість їжі». Вона не задовольнялася інтерпретацією, сама швидко намагалася говорити, щоб я не мала можливості відповіді. Закривала мені рота. Травматичне анорексичне ядро, про яке говорять А. і М. Верморель, дійсно відщеплене і захоплює всю сцену аналітичного простору, тоді складається відчуття власної когнітивної скутості аналітика, гальмування вибраної стратегії і тактики, розвалу сетингу. Інколи було помітно, як аналізантка «святкувала» підтвердження власної могутності існування: вона посміхалася і знов повторювала й повторювала питання. Але і про це можна було говорити у фреймі аналізу. Р. інколи проявляла емпатію, і, здавалося, що вона дуже цінує нашу роботу. Вона займається балетом і гімнастикою, тренується значно більше, ніж потрібно, по декілька годин. І, коли я сказала, що в моїй біографії теж є така сторінка, бо у дитинстві була гімнасткою, Р. зраділа й використовувала для пояснення своїх станів спортивну лексику, наче тепер ми заодно. Якщо я пропонувала вибір опорних об'єктів, які для неї були неочікуваними, ця стратегія

часто приводила до прийняття їх як безпечних лайфхаків, що полегшують буття. Викидаючи назовні афекти, вона наче приймала об'єкт, якого не діставало. Звертання до творчості як опорі психічного давало результати. Звучить «у голові» голос – можна вдягти навушники з улюбленими піснями або співати самій; у школі не можна фотографувати їжу і записувати в додаток – буде знаком вузлик на нитці; коли затоплює агресія – малювати, малювати і розвішувати творіння на стіні; в школі пробувати драмгурток і виступ на сцені, й так, спазми в горлі, не виходить одразу, але ж пробувати! Психоаналітик стикається з досвідом любові чи безпомічності суб'єкта, а також і ненавистю, яка подібна навіть до ярості й спрямована на деструктивність. Проте, можливо, саме в можливості спрямувати агресію на аналітика є росток сепарації від первинного об'єкта. Приміром, я помітила, що після того, як мама дівчини стала багато працювати й передумала завдяки нашій спільній роботі брати Р. гувернантку, відповідати на всі смс чи дзвінки, або обходитися короткими відповідями, донька стала намагатися витримувати тривогу. Спати через раз в окремі кімнаті, хоч і важко це давалося, бо накривав страх; приховувати анорексичність від бабусі й дідуся, бо їх дуже любить; у новій школі намітилася дружба з дівчинкою, яка навіть ночувала у Р. Одного разу мама, у якої стало змінюватися життя, попросила у доньки вибачення за все минуле, за самотність, недостатність уваги, байдужість чи злість. І Р. не витримала. Деструктивність швидко зайняла авансцену. Їй конче був потрібен об'єкт, на який можна перенести страх, агресію втрати поганого первинного об'єкта, а аналітику тоді – витримати це перенесення. Дівчина кричала, червоніючи від злості. Вона вимагала відповіді, як бути, якщо крихти в тоніку для обличчя чи у тубі блиску для губ, у трусах або на одязі. Коли я сказала, що вона зараз нагадує крихтну дитинку, якій дуже лячно залишитися голодною, бо мама не дає груди, і тому збирає крихти, щоб вижити, бо загалом життя цієї дитинки дуже крихке, Р. вперше з початку нашої роботи стишилася і заплакала, і так почався процес горювання.

Висновки. Це дослідження має на меті наблизитися до деякого розуміння феномену анорексії, припускаючи, що анорексичний суб'єкт перебуває на межі неврозу і психозу, і має власні структурні особливості не-невротичного пацієнта. З огляду на те, що анорексія – не проблема з їжею, не харчовий розлад, а вибір суб'єкта, то він постає здебільшого як негативність, заперечення, відмова. За допомоги деяких психоаналітичних концептів – ніщо, проективна ідентифікація, білий психоз тощо, та на клінічних прикладах була спроба розібратися, як і завдяки чому анорексик балансує на межі неврозу і психозу, завдяки чому підтримує порожнечу у мовленні й мисленні. Як доводить клінічний досвід, негативний аспект завжди є центральним у разі анорексії за умови супроводу інших: відмовляючись від їжі, анорексика стійко тримають відмову у зв'язку з вимогою сепарації. Тому клінічна робота спрямована на усвідомлення самого буття суб'єкта, пошуку відповіді на питання: чому цей феномен має таку важливу функцію у житті анорексика?

Досліджувати анорексію як психічний феномен, який виражається через тіло, нелегко, оскільки критерії, які застосовуються до неврозів, межових станів і класичних психозів, виявляються на сьогодні недостатніми. Складність також полягає в тому, щоб знайти єдність між формами початку анорексії, іноді легкими і швидкоплинними,

і довгостроковими розвитками, коли структура, що воліє до не-невротичної, утверджується в хронізації. У медичних закладах головним чином анорексію вважають харчовим розладом та призначають калорійне систематичне годування під наглядом, яке, навпаки, викликає протест, і видається як замкнене коло для анорексика. З огляду на всі небезпеки, які можуть бути пов'язані з фізичним станом аналізанта, і в певних випадках працюючи у команді разом з іншими спеціалістами, все ж ми маємо йому щось сказати, тому що психоаналітична робота спрямована на розуміння механізмів появи симптомів і загальному функціонуванню суб'єкта стосовно Іншого. Відповідно, є необхідність разом з аналізантом створити безпечний холдинг, попри частий спротив і самого анорексика, і його родини, бо важливо разом з батьками, приміром, підлітка, мати спільну тактику і стратегію. Ми маємо наче перекваліфікувати внутрішні сприйняття суб'єкта, замасковані запереченням, разом брати участь у створенні порядку, більш відзначеного символізацією. Таким чином, згідно з механізмами проективної ідентифікації, створюються сліди первинної ідентифікації, яких не було. І це більше питання конструкцій, ніж інтерпретацій, у яких не-невротичний анорексик бере участь спонтанно, ніби суб'єкт, який виходить з божевілля, з безодні, щоб зберегти крихти свого крихкого буття.

Список літератури:

- Cosenza, D. (2023). *A Lacanian Reading of Anorexia*. Taylor & Francis.
- Cosenza, D., & Busiol, D. (2021). Anorexia, bulimia, binge-eating and obesity. An interview with Domenico Cosenza. In *Lacanian Psychoanalysis in Practice* (pp. 165–176). Routledge.
- Hekimoğlu, Demir E.C. (2023). When the boundaries exceed: thematic analysis of anorexia nervosa in Lacanian psychoanalysis.
- Farber, S.K., Jackson, C.C., Tabin, J.K., & Bachar, E. (2007). Death and annihilation anxieties in anorexia nervosa, bulimia, and self-mutilation. *Psychoanalytic psychology*, 24(2), 289.
- Fernandes, M.H. (2012). The body in anorexia and bulimia. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, 15, 668–682.
- Freud, S. (2022). The interpretation of dreams. DigiCat.
- Freud, S. (1951). Negation.
- Freud, S. (1995). *Freud reader*. WW Norton & Company.
- Freud, S. (1929). The economic problem of masochism. *The Psychoanalytic Review* (1913–1957), 16, 209.
- Freud, S. (2012). *The basic writings of Sigmund Freud*. Modern library.
- Freud, S. (1989). *The ego and the id*. WW Norton & Company.
- Granieri, A., & Schimmenti, A. (2014). Mind-body splitting and eating disorders: a psychoanalytic perspective. *Psychoanalytic Psychotherapy*, 28(1), 52–70.
- Green, A. (1993). *The Work of the Negative (Le travail du negatif)*. New York: Free.

- Green, A. (1983). Narcissisme de vie, narcissisme de mort. In *Narcissisme de vie, narcissisme de mort* (pp. 280–280).
- Green, A. (2002). A dual conception of narcissism: Positive and negative organizations. *The Psychoanalytic Quarterly*, 71(4), 631–649.
- Green, A. (2018). The dead mother complex 1. In *Parent-Infant Psychodynamics* (pp. 162–174). Routledge.
- Kadish, Y. (2013). Two types of psychic encapsulation in anorexia. *Psychoanalytic Psychotherapy*, 27(1), 60–76.
- Klein, M., & Segal, H. (1977). Projective identification in the therapeutic process. *Classics in Psychoanalytic Technique*, 351.
- Koehler, M., Lesœurs, G., & Ostermann, G. (2023). Anorexie, du Rien au Réel. De la parole vide et vaine à la parole pleine. *Hegel*, (2), 87–94.
- Lacan, J. (1999). L'éthique de la psychanalyse. Séminaire 1959–1960. Paris: A.F.I.
- Lacan, J. (1999). Les écrits techniques de Freud. Séminaire 1953–1954. Paris: A.L.I.
- Lacan, J. (1980). Le séminaire. Livre II. Le Moi dans la théorie de Freud et dans la technique de la psychanalyse.
- Lacan, J. (2007). Les quatre concepts fondamentaux de la psychanalyse. Séminaire 1964. Paris: A.L.I.
- Lacan, J. (1994). La relation d'objet. Le Séminaire livre IV. Paris, Le Seuil.
- Lacan, J. (2004). Le séminaire, Livre X, L'angoisse. Paris, Le Seuil, 366.
- Lacan, J. (1963). Le séminaire des noms du père. Paris: Minuit, 56.
- Lacan, J. (2013). *The psychoses: the seminar of Jacques Lacan*. Routledge.
- Lacan, J. (2011). The seminar of Jacques Lacan: Book XXII: RSI: 1973–1974.
- Lawrence, M. (2001). Loving them to death: The anorexic and her objects. *The International Journal of Psychoanalysis*, 82(1), 43–55.
- Lawrence, M. (2002). Body, mother, mind: Anorexia, femininity and the intrusive object. *The International Journal of Psychoanalysis*, 83(4), 837–850.
- Malaguarnera, S. (2010). L'anorexie face au miroir: le déclin de la fonction paternelle.
- Recalcati, M., & Jauregui, J. (2005). The anorexic passion for the mirror. *Trans. Jorge Jauregui. Lacanian Ink*, 24, 75–91.
- Recalcati, M. (2010). Séparation et refus: considérations sur le choix de l'anorexie. *Psychanalyse*, (2), 5–17.
- Recalcati, M. (2011). L'anorexie comme suicide différé. *La clinique lacanienne*, (2), 59–74.
- Recalcati, M. (2007). *L'ultima cena: anoressia e bulimia*. Pearson Italia Spa.
- Rosenfeld, D. (2019). *The soul, the mind, and the psychoanalyst*. Routledge.
- Silver, A.L.S., & White, J. (2011). Dynamic psychiatry and the treatment of anorexia psychosis. *Journal of the American Academy of Psychoanalysis and Dynamic Psychiatry*, 39(1), 63–76.
- Shamtoob, J.S. (2019). *Borderline Body: The Psychosomatics of Eating Disorders*. Pacifica Graduate Institute.
- Tustin, F. (2018). *Autism and childhood psychosis*. Routledge.
- Winnicott, D.W. (2016). *The collected works of D.W. Winnicott* (Vol. 12). Oxford University Press.
- Vermorel, H., & Vermorel, M. (2001). Abord métapsychologique de l'anorexie mentale. *Revue française de psychanalyse*, 65(5), 1537–1549.
- Vermorel, H., & Vermorel, M. (2013). De la psychiatrie à la psychanalyse: Cinquante ans de pratique et de recherches.

Анотація. Анорексія не є самостійним явищем, і симптому специфічного харчування не досить, щоб визначити курс дій з психологічної допомоги. Тому авторка ставить питання щодо існування різних анорексій і можливостей психоаналізу у клінічній роботі з пацієнтами, які перебувають на межі неврозу і психозу, маючи структурні особливості не-невротичного пацієнта. Зважаючи терапевтичні завдання, авторка міркує про анорексичний феномен через грінівський концепт негативу, порівняно з лаканівським концептом об'єкта ніщо, а також через проєктивну ідентифікацію, відмову, заперечення, білий психоз, порожнечу тощо, маючи на меті осмислення самого буття суб'єкта анорексії, фундаментальні причини виникнення й тривання симптому. Важливими для авторки є клінічні спостереження та напрацювання терапевтичних стратегій, бо перед психоаналітиками не-невротичні анорексії ставлять низку клінічних проблем і вихідну складність, тому вимагають опрацювання перенесення, особливостей інтерпретацій, змушують створювати гіпотези і моделі, які відкривають доступ до специфічних патопсихологій. У статті авторка доводить, що, на відміну від медичного підходу, який слідує затвердженим протоколам і наполягає на примусових способах збільшення маси тіла за рахунок їжі, чим змушує анорексичного суб'єкта залишатися в замкненому колі насолоди симп-

ТОМОМ, психоаналітична клінічна робота із суб'єктом анорексії спонукає спеціалістів шукати інші шляхи виходу з глухого кута специфічного вибору суб'єкта, який постає як негативний за умови супроводу інших. Відмова від їжі – це відмова у зв'язку з вимогою сепарації, яка оживляє радикальну, непохитну анорексичну позицію суб'єкта, спрямовану на тотальне керування власним тілом і власним оточенням, і це найвища насолода від змарнілого тіла, яке як крихка стіна, може розсипатися на крихти, якими харчується анорексичний суб'єкт у прямому і переносному смислі. Отже, на думку авторки, ми маємо під час сесій сприяти появі питання щодо самого буття суб'єкта, який кидає виклик своєму існуванню стосовно Іншого, якого для нього не існує, відділитися від його вимог і відмовитися від сепарації, видаючи себе за некастрованого суб'єкта. У цьому сенсі анорексія дійсно протилежна невротичному симптому і воліє до не-невротичного, це випадки, які виходять за межі класичного лікування і розташовуються на межі психоаналітичного втручання. Нам необхідний оптимізм у роботі з анорексиком, попри те, що такий суб'єкт намагається всіма способами уникати вибраної тактики свого ризикованого буття. Авторка наводить приклади з власної клінічної практики, доводячи, що саме такий суб'єкт вимагає від психоаналітика бути свого роду еквілібристом, що балансує на межі теорії й практичних інтуїтивних винаходів, та разом з пацієнтом досліджує дивовижну непересічність крихкого людського буття.

Ключові слова: анорексія, не-невротичний пацієнт, негативність, заперечення, відмова, негативна галюцинація, білий психоз, бажання, Інший, суб'єктивація, проективна ідентифікація, проекція-інтросекція.

Abstract. Anorexia is not an independent phenomenon, and a particular dieting symptom is not enough to determine the course of action for psychological help. Therefore, the author raises the question of the existence of different forms of anorexia and the possibilities of psychoanalysis in clinical work with patients who are on the verge of neurosis and psychosis, while having the structural features of a non-neurotic patient.

Taking into account the therapeutic goals, the author thinks about the anorexic phenomenon through Green's concept of negative (as compared to the one of Lacan's): the concept of the object of nothing, as well as through projective identification, rejection, denial, white psychosis, emptiness, etc., aiming to understand the anorectic subject existence, the fundamental causes of why the symptoms emerge and how long they last. Author relies on the importance of clinical observations and the development of therapeutic strategies, because the non-neurotic anorexia leaves a number of clinical challenges for the practitioners. Namely, the complexity of their emergence, figuring out their transference, the particularities of interpretation, and having to create hypotheses and models that enable accessing specific pathopsychologies. In the article, the author poses that unlike the medical approach, where there's an emphasis on following the approved protocols and forced methods of increasing body weight through food, which forces anorexics to remain in a closed circle of enjoying the symptom, the psychoanalytic clinical work with an anorexic subject encourages specialists to look for other ways out of the dead end of the specific choice of the subject, which appears as negative if accompanied by others. Food refusal is related to the inner demand for separation, which brings forth the subject's radical, unshakable anorexic position, aimed at the total control of one's own body and one's environment, and this is the highest pleasure of a exhausted body, which, like a fragile wall, can crumble into the crumbs that the anorexic eats – literally and figuratively. Therefore, according to the author, during the sessions, we should contribute to the emergence of questions about the very existence of the subject who challenges their existence in relation to the Other, which does not exist for them, to separate from their demands and refuse the separation, pretending to be an uncastrated subject. In this regard, anorexia is really the opposite of a neurotic symptom and leans towards a non-neurotic one. These are cases that go beyond classical treatment and are located on the edge

of psychoanalytic intervention. We need optimism in working with an anorexic subject, despite the fact that such a subject tries by all means to avoid the chosen tactics of their risky existence. The author gives examples from her own clinical practice, proving that this kind of subject requires their psychoanalyst to be a kind of equilibrist, who balances on the edge of theory and empirically intuitive inventions and, together with the patient, explores the amazing peculiarity of the fragile human existence.

Key words: anorexia, non-neurotic patient, negative, denial (abnegation), rejection, negative hallucination, white psychosis, desire, Other, subjectivation, proactive identification, projection and introjection.