

О НЕВРОТИЧЕСКИХ И ПСИХОТИЧЕСКИХ АСПЕКТАХ ЛИЧНОСТИ И ИХ ВЗАИМОДЕЙСТВИИ В ПСИХОАНАЛИТИЧЕСКОЙ ПСИХОТЕРАПИИ

И.М.КАДЫРОВ*

Вплоть до второй мировой войны неврозы (симптоматические и характерологические) рассматривались психоаналитиками как наиболее распространенные психические расстройства. Казалось, сам клинический материал и обилие соответствующих случаев подталкивали психоаналитиков того времени к изучению так называемой «высокоуровневой» психопатологии, возникающей на основе присущего эдиповой фазе развития структурного интрапсихического конфликта. Однако в этот период сам диапазон потенциальной психоаналитической диагностики был существенно ограничен современным состоянием психоаналитического знания (*Gaddini, 1984/1992*). Более глубокие, по сравнению с неврозами, расстройства и психопатологические состояния (напр., психотические или близкие к психотическим), несмотря на некоторые блестящие публикации Фрейда и его последователей (напр., *Freud, 1914, 1924* и другие), пока оставались на периферии психоаналитической «апперцепции».

В течение последующих десятилетий психоаналитики и психотерапевты все чаще и чаще стали встречать в своей практике более «хрупких», подверженных психотической декомпенсации пациентов, психопатология которых была, по всей видимости, связана с ранней, до-эдиповой травматизацией. В ходе психоаналитической или психотерапевтической работы эти пациенты обнаруживали слабое Эго, так называемую *диффузную идентичность*, преобладание примитивных защитных механизмов (напр., расщепления, проективной идентификации и т.д.), хрупкость эго-границ и проверки реальности. После впечатляющего потока литературы в течение последнего пятидесятилетия (*Klein, 1946; Sullivan, 1947; Fromm-Reichmann, 1952; Fairbairn, 1952/1994;*

* *Кадыров Игорь Максutowич* – кандидат психологических наук, доцент факультета психологии МГУ, член Правления Московского психоаналитического общества.

Segal, 1950/1988; Searls, 1956; Bion, 1957/1988; Bick, 1968/1988; Rosenfeld, 1977/1988; Little, 1981/1988; Tustin, 1981/1992; Steiner, 1981/1988; Ogden, 1989; McDougall, 1991; и др.) самые ранние, примитивные измерения психического опыта стали предметом всеобщего внимания. Теперь некоторые психоаналитики не только лечат пациентов с серьезными психическими нарушениями, но даже находят близкие к психотическим феномены у наиболее уважаемых представителей нашего общества (Milner, 1987).

Усовершенствовав свои диагностические и технические возможности, психоаналитики приблизились к «рубежам, за которыми слова беспомощны, но смыслы остаются» (Т.С.Элиот, цит. по Ogden, 1989). Сегодня мы действительно знаем уже значительно больше о довольно ранних онтогенетических «следах» ментальной жизни, о примитивном (или «первобытном») крае психического опыта (Ogden, 1989), вплоть до сенсорно-доминирующей, пре-символической и пре-структурной (Gaddini, 1984/1992) психологической организации, которую можно условно обозначить замысловатым термином аутистически-сенсорная позиция. Томас Огден (1989) для обозначения этой организации ввел в психоаналитический лексикон трудно переводимое на русский язык понятие *autistic-contiguous position* – позиция аутистического соприкосновения, прилегания. Аутистически-сенсорная позиция трактуется как онтогенетически наиболее ранняя (и в этом смысле примитивная) форма организации психического опыта младенца, предшествующая тем инфантильным психическим состояниям, которые Мелани Кляйн охарактеризовала как параноидно-шизоидную и депрессивную позиции¹. Пребывая в этой позиции, младенец пытается

¹ Понятие «позиция» было предложено М.Кляйн в качестве альтернативы классическому понятию «фаза». Термин **позиция** употребляется для характеристики уровня психологической организации, предполагающей относительно устойчивую структуру и динамику объектных отношений, преобладающих защит, типов тревоги и ведущих аффективных состояний. Согласно теории Кляйн в ходе психического развития ребенок занимает сначала параноидно-шизоидную позицию (первые три месяца жизни), которая сменяется депрессивной позицией (с третьего по шестой месяц включительно). Некоторые современные последователи М.Кляйн предлагают иную датировку этих позиций и полагают, что параноидно-шизоидная позиция преобладает в течение первого года жизни, а депрессивная начинает доминировать на эдиповой фазе развития (см. Ogden, 1986), в отличие от понятия «фаза» термин **позиция** подразумевает, что в течение детства и даже всей последующей жизни сохраняется принципиальная возможность флуктуации и переходов между двумя организациями. В отличие от фаз, которые можно пройти и оставить в прошлом, ранние позиции сохраняют свое присутствие в зрелой психологической организации.

Параноидно-шизоидная позиция – примитивная инфантильная организация, которая характеризуется дезинтегрированным, расщепленным состоянием «Я» и первичных объектов, сопровождающимся ужасом надвигающейся фрагментации и аннигиляции, который, будучи спроецированным на внешний мир, переживается как страх преследования. Основными механизмами защиты служат расщепление, проективная идентификация, примитивные формы отрицания, идеализации и обесценивания. Объекты в параноидно-шизоидной позиции переживаются как безличные, **частичные объекты**, т.е. позитивные и негативные аспекты одного и того же объекта расщеплены и воспринимаются в фантазии как полностью независимые друг от друга абсолютно хорошие и абсолютно плохие инстанции. Объектные отношения остаются на уровне диадических отношений с первичным объектом. Неудачи в переработке тревоги преследования и фрагментации, а также сохранение приверженности защитам параноидно-шизоидной позиции (расщеплению) повышают риск паранойяльных или шизофренических расстройств.

Депрессивная позиция представляет собой относительно более зрелую организацию, в которой состояния «Я» и объектов отличаются большей интегрированностью и гуманизованностью. Объекты в этой позиции – это целые объекты, которые воспринимаются более реалистически, и отношения с которыми становятся триадическими и приобретают оттенок эдиповых отношений. В этой позиции преобладает так называемая «депрессивная тревога», которая представляет собой комбинацию беспокойства по поводу состояния объекта, страха смерти или

организовать и структурировать разнообразные сенсорные впечатления и, особенно, тактильно-кожные ощущения, на основе которых формируется чувство ограниченной поверхности (Ogden, 1989, p.49). Как полагает Огден, именно тактильные ощущения, возникающие на поверхности кожи, преимущественно служат матрицей самого раннего Я-опыта и являются своеобразной сенсорной «подкладкой» для интернализированных репрезентаций Я и Другого (объекта), возникающих на последующих этапах развития. Неудачи в установлении надежного и стабильного ощущения сенсорного контакта, соприкосновения с обладающей границами прилегающей поверхностью ведет, в свою очередь, к нарастанию пре-символической тревоги и ужаса надвигающейся дезинтеграции своей собственной сенсорной поверхности и субъективного «ритма безопасности», которые переживаются как ощущение «растекания, растворения, исчезновения или падения в бесформенную безграничную бездну» (Ogden, 1989, p.68).

Изменения в психопатологии и в психоаналитической теории привели к тому, что некогда главенствующий классический невроз потерял свой престол, хотя и сохранил за собой более скромное место в пантеоне психоаналитических диагнозов. Как основной прототип современности Эдип, или Человек Вины, был сильно потеснен Гамлетом, или Человеком Трагедии (Green, 1977; Kohut, 1977). А в реестре «волшебных» слов психоаналитической диагностики *невроз* уступил свое первенство таким категориям, как *нарциссизм*, *пограничные расстройства* и *психоз*.

Как отмечает Нэнси Мак-Вильямс, «по иронии современного психоаналитического словоупотребления, термин «невротик» зарезервирован сегодня за людьми настолько эмоционально здоровыми, что они считаются крайне редкими и, как правило, вознаграждающими клиентами» (p.53). Однако на самом деле многие пациенты, которые рассматривались Фрейдом как страдающие неврозом, имели скрытую пограничную (или даже пре-психотическую) личностную организацию, У некоторых его пациентов отмечались периоды психотической декомпенсации, например, галлюцинации, которые явно выходили за рамки проверки реальности (см, напр., McWilliams, 1994). В свете этого

невосполнимого повреждения объекта, чувство вины и собственной ответственности за вред, причиненный объекту. Субъект боится потерять объект (мать, которую он любит) и пытается возместить нанесенный объекту урон. Если в восприятии ребенка мать выглядит как глубоко уязвленная (и это восприятие подтверждается ее внешними реакциями), то чувство вины и отчаяния у ребенка вырастает до мучительных размеров. Напротив, если в его глазах состояние матери остается устойчиво хорошим и она способна сохранять эмпатию к состоянию ребенка, то у последнего снижается страх собственной деструктивности, формируется доверие и подкрепляется желание сделать для нее что-нибудь хорошее. Связанная с депрессивной позицией и новой интеграцией психического опыта боль утраты и вины становится настолько острой, что в ход идут разнообразные защитные механизмы. Типичными для депрессивной позиции защитами являются обсессивное стремление возместить потери и маниакальные реакции, состояния триумфа. Если эти защиты оказываются неэффективными, индивид может снова прибегнуть к более примитивным защита, присущим параноидно-шизоидной позиции. Как отмечает Спиллиус (1994), успешная переработка «депрессивной тревоги» ведет к надежной интернализации **хорошего** объекта, который становится «ядром Эго» и основным гарантом чувства безопасности и самоуважения. В будущем такая интернализация служит основой психического здоровья индивида и его способности к любви. Непереработанная в достаточной степени «депрессивная тревога» становится психологическим фундаментом для маниакально-депрессивных расстройств.

факта возникает ряд вопросов. Должны ли мы сохранить термин «невротический» исключительно для определения и описания весьма высокого уровня функционирования личности на фоне определенных эмоциональных страданий, вращающихся преимущественно в орбите классических эдиповых проблем? Должны ли мы в своем понимании неврозов и «высокоуровневых» расстройств характера опираться только на структурную теорию («монокулярное видение»)? Или мы в своем подходе к какой-либо форме индивидуальной психопатологии можем установить «бинокулярный взгляд» и применять одновременно (или последовательно) различные модели (структурную модель, теорию объектных отношений, Я-психологию и т.д.)? Мы можем рассматривать неврозы и другие расстройства как многомерное формирование, в котором разнообразные сравнительно поздние и развитые, а также более ранние и примитивные феномены, уровни опыта и психопатологические структуры, связанные с разными этапами развития (эдиповым или до-эдиповыми), сосуществуют и взаимодействуют в своем индивидуальном стиле. Данный подход предполагает, в частности, что в большинстве случаев неврозов «классические» эдиповы конфликты, играя ведущую роль в таком оркестре полиморфного опыта, встроены в характерологические проблемы прегенитальной этиологии (Heimann, 1952; Gedo, 1988). Для благополучного и устойчивого разрешения конфликтов, составляющих эдипов комплекс, может потребоваться дополнительная проработка и преодоление ранних до-эдиповых проблем.

Исследования Мелани Кляйн (1957) и ее школы значительно повысили возможности тонкой диагностики и терапевтического анализа «психотических» черт у пациентов, которые традиционно классифицировались как невротики. Анна Фрейд (1966) также указывала на возможные ранние повреждения способности к синтезу при неврозах и отмечала необходимость при анализе любого психического нарушения обращаться к наиболее ранним периодам жизни пациента. Согласно теории Фэйрбэйрна (1940/1941) пациент с диагнозом «психоневроз» (истерический, фобический, обсессивный) с неизбежностью обнаруживает на более глубоком уровне наличие оральных конфликтов и определенный шизоидный потенциал. Он полагает, что глубинное значение эдиповой ситуации заключается в том, что эта ситуация репрезентирует дифференциацию единственного объекта поздней оральной фазы на два объекта. Один, являясь принимаемым и желаемым объектом, отождествляется с одним из родителей, другой, выступая как отвергаемый объект, отождествляется со вторым родителем (1941/1994). Теория Кохута (1977/ 1984) также предлагает новую трактовку кастрационной тревоги и ее роли в невротическом эдиповом конфликте. Кохут утверждает, что доминирующие на эдиповой фазе варианты тревоги (кастрационная тревога и тревога, провоцируемая Суперэго) возникают как ответ ребенка на дефекты родительской эмпатии, «как реакция на изъяны Я-объектной

матрицы², которая не поддерживает ребенка» (1984, р.16). Такая тревога является одним из специфических видов наиболее глубокой и базовой тревоги – «тревоги дезинтеграции».

Детальное рассмотрение личностной структуры так называемых психотических пациентов, которые все чаще встречаются в психоаналитически ориентированной терапевтической практике, выявляет, наряду с весьма выраженным психотическим аспектом, также определенный, хотя и более хрупкий, невротический компонент. Блон (1962) и Тастин (1981/1992) сравнивают ситуацию глубокой психоаналитической работы с психотическим пациентом с ситуацией археолога, который, оказавшись в разрушенном городе, в ходе раскопок обнаруживает, что из-за разрушений и перемещений геологических слоев осколки посуды и предметы ранней эпохи смешались с керамикой и утварью позднего периода. Блон (1957) пишет: «Психика пациентов, больных достаточно серьезно, чтобы их можно было отнести, скажем, к разряду психотических, содержит не-психотическую часть личности, подвластную разнообразным невротическим механизмам... а также – психотическую часть личности, которая доминирует и затеняет противостоящую ей не-психотическую часть» (1957/1988, р.64).

Эти две части личности вовлечены в довольно сложные взаимодействия, поскольку преследуемые ими цели, как правило, антагонистичны (Blon, 1957/1988; Rosenfeld, 1977/1988; Steiner, 1991/1993). Психотическая часть стремится к реставрации (средствами проективной идентификации и образования бредового объекта) разрушенного внутреннего мира и к сохранению иллюзорного могущественного контроля над объектом в попытке восстановить поврежденное Эго и избежать боли актуальной или потенциальной утраты объекта (в терминологии М.Кляйн такой способ психического функционирования обозначается как параноидно-шизоидная позиция). Невротическая (не-психотическая) часть пытается расширить контакт с внешней и внутренней реальностью (что предполагает признание и переживание факта независимого существования и возможности утраты объекта привязанности) и справиться с сопровождающими такой контакт чувствами душевной боли, горя и вины (депрессивная позиция). Подвергаясь психоаналитической терапии, психотический пациент осуществляет резкие колебания между попыткой расширить контакт с психической реальностью (невротический аспект) и стремлением его ограничить (психотический аспект).

Идея взаимодействия между примитивными (аутистическими, психотическими, нарциссическими и т.д.) и относительно более раз-

² Понятие «Я-объект» было предложено Х.Кохутом. Согласно его теории нарциссизма, на определенных этапах развития личности ребенка позитивное отношение к себе последнего находится в прямой зависимости от присутствия в его непосредственном окружении эмпатически отзывчивых или идеализированных значимых других. В этот период такие фигуры еще не воспринимаются ребенком как полностью сепарированные и независимые от него объекты. Поскольку такие объекты субъективно переживаются ребенком как неотъемлемая часть его психической структуры, Кохут предложил называть их «Я-объектами».

витыми (невротическими или здоровыми) аспектами личности также вполне применима к пограничной группе пациентов, которые не поддаются классификации на категории «невроз» и «психоз». Это пациенты с так называемой пограничной личностной организацией, которая, не являясь в строгом смысле ни невротической, ни психотической, содержит в себе компоненты и той, и другой. Различные варианты пограничной патологической организации личности³ были описаны такими авторами, как Кернберг (1967, 1975), Розенфельд (1971/1988), Рей (1979/1988), О'Шаугнесси (1981/1988), Сон (1985/1988), Стайнер (1987/1988). В общем виде такая организация представляет собой особым образом структурированный паттерн импульсов, тревог, защитных механизмов и объектных отношений, позволяющий пациенту «сохранять хотя и ненадежное, но отчаянно защищаемое равновесие, которое спасает его от хаоса параноидно-шизоидной позиции, т.е., [в своем регрессивном движении] он не становится открытым психотиком, а в своем прогрессивном развитии он не доходит до пункта, в котором он мог бы встретить и попытаться проработать проблемы и боль депрессивной позиции» (*Spillius*, 1988, p.195-196). В пограничной личности патологические образования эдипова и до-эдипова уровней тесно переплетены друг с другом. При этом первые могут служить своеобразной защитой от последних, и – наоборот. Эдиповы характеристики «могут маскировать неразрешенные симбиотические устремления, а до-эдипова, как бы детская, невинность может представлять собой регрессивное укрытие от провоцирующей тревогу и чувство вины эдиповой конкуренции» (*Akhtar*, 1995, p.385).

Итак, при тщательном анализе различных вариантов индивидуальной психопатологии мы можем обнаружить синхронное присутствие и определенное взаимодействие «психотических» и «невротических», а также эдиповых и до-эдиповых феноменов. Саму психику человека можно представить как системный диалог между различными уровнями, сферами и модусами психического опыта, в котором они попеременно выступают то как фигура, то как фон по отношению друг к другу (*Ogden*, 1989;

³ В настоящей работе употребление терминов **невротический, пограничный или психотический** (напр., **пограничные расстройства** или **пограничная личностная организация**) может частично не совпадать с их употреблением в отечественной психиатрии. Например, в отечественной психиатрии термин «пограничные психические расстройства» применяется к «нерезко выраженным нарушениям, граничащим с состоянием здоровья и отделяющим его от собственно патологических психических нарушений» и/или к расстройствам, «характеризуемым, главным образом, проявлениями так называемого невротического уровня нарушений» (см. *Александровский Ю.А.* Пограничные психические расстройства. М., 1993, с.3, 11). Автор же придерживается принятого в современном психоанализе (см., напр., *Kernberg*, 1975) подхода к пограничным расстройствам как к крупной самостоятельной диагностической категории, которая отличается и от неврозов, и от психозов. В этой традиции категория «пограничные расстройства личности» объединяет широкий класс пациентов, психические нарушения которых признаются более легкими по сравнению с нарушениями психотического уровня и более тяжелыми по сравнению с нарушениями невротического уровня. Таким образом, на воображаемом континууме выраженности психических нарушений пограничные расстройства занимают «пограничное» положение между неврозами и психозами.

Термином **патологическая личностная организация** (напр., пограничная, невротическая или психотическая) обозначается особым образом структурированный паттерн импульсов, тревог, защитных механизмов, объектных отношений, который в травмирующей ситуации «продуцирует» соответствующее (пограничное, невротическое или психотическое) расстройство.

Samuels, 1989; *Gedo*, 1988). Согласно этой модели, личностная психопатология возникает как следствие нарушения диалектической баланс между многообразными модусами психического опыта в пользу одного из них, который начинает затенять и подавлять остальные. Можно далее предположить, что тот или иной «профиль» подобного дисбаланса находит свое специфическое выражение в разнообразии конкретных вариантов индивидуальной психопатологии.

С помощью клинического материала я попытаюсь проиллюстрировать некоторые из высказанных выше формулировок о сосуществовании в личностной структуре невротических и психотических (или близких к психотическим) аспектов и их взаимодействии в ходе психоаналитической психотерапии. Первая клиническая иллюстрация представляет собой фрагмент психоаналитической психотерапии с пациентом, который в целом обладает достаточно интегрированной Я-концепцией, интегрированными объект-репрезентациями, и с большими основаниями может быть отнесен к разряду невротических пациентов. Однако в ходе психотерапии, особенно в периоды нарастания регрессии в отношениях переноса, можно наблюдать активизацию некоторых нарциссических и даже аутистических аспектов его личности.

Далее я приведу пример довольно проблематичного и преждевременно прервавшегося случая психотерапии 18-летнего пациента с «пограничной» (между психотической и невротической) организацией личности. На фоне подросткового и юношеского кризиса данная организация служит патологической защитой как от чувства фрагментации и спутанности, т.е. от тревоги, характерной для параноидно-шизоидной позиции, так и от боли утраты и тревоги депрессивной позиции. Для сохранения шаткого равновесия между обозначенными позициями пациент формирует самодеструктивный и аддиктивный по своей природе паттерн, самоповреждающих действий.

ПЕРВАЯ КЛИНИЧЕСКАЯ ИЛЛЮСТРАЦИЯ

Г-н В. – хорошо образованный, весьма преуспевающий в своем деле предприниматель средних лет. Он обратился за помощью вскоре после развода и проходил курс психоаналитической психотерапии в течение 7 месяцев. На момент нашей первой встречи его основными жалобами были депрессия, чувство беспомощности, вины, непереносимой ревности к своей бывшей жене и ее новому партнеру.

Он был единственным ребенком в семье. О своих родителях г-н В. говорил с неохотой и рассматривал свои отношения с ними как прохладные и отстраненные. Он характеризовал свою мать как шумную, неорганизованную женщину, которая часто раздражала его тем, что «шпионила» за ним, просматривала его письма, проверяла карманы, вещи и т.д. Он всегда старался оградить себя от ее вторжений в свои дела и предпочитал не посвящать ее в детали своей личной жизни. Например, он ничего не сказал матери о разводе. Г-н В. сообщил, что мать постоянно

хвасталась перед знакомыми его достижениями, но он чувствовал, что по сути она интересовалась только его успехами, а не его внутренней жизнью. Позже выяснилось, что отчасти он сам старался поддерживать в ее и своих собственных глазах «имидж триумфатора» и опасался, что этот образ может рассыпаться, если мать узнает о его распавшемся браке. Своего отца пациент воспринимал как человека с высоким самомнением, отстраненного, эмоционально холодного, старающегося не принимать участия в повседневных делах семьи.

Его отношения с женой и переживания, связанные с разводом, заняли центральное место на начальных этапах психотерапии. Постепенно анализ отношений переноса позволил нам немного приблизиться к пониманию роли эдиповых конфликтов и более ранних, до-эдиповых проблем в его текущих отношениях с бывшей супругой. Я попытаюсь проиллюстрировать это, привлекая материал нескольких терапевтических сеансов.

На один из своих утренних сеансов в начале второго месяца психотерапии г-н В. приехал с 8-минутным опозданием. Он лег на кушетку, достал из кармана ручку и начал тереть ее в своих пальцах, что он делал обычно и на предыдущих сеансах. Он сказал, что не знает, что именно он хотел бы обсудить сегодня. После небольшой паузы он продолжил:

Г-н В.: Я думаю, что я ищу в других женщинах то, что потерял вместе с Еленой (*назовем этим именем его бывшую жену*)... Я ищу в них мою донну Анну... Как сказал мой приятель, комплекс дон Жуана состоит не в желании покорить как можно больше женщин, а в стремлении найти свою донну Анну...

Рефлексия. Следуя за аллюзией пациента на тему легенды о «севильском озорнике и каменном госте», я подумал, что для дон Жуана образ донны Анны (то страстно желанной, то холодно отвергаемой) прочно связан с противостоящей ему мужской фигурой – командором ордена Подвязки, которого дон Жуан убивает на дуэли. Позже, во время тайного свидания с донной Анной, он гибнет от руки «каменного гостя» – надгробной статуи командора. У Пушкина командор представлен ревнивым супругом донны Анны, а у Моцарта (либретто де Понте) и Байрона – ее отцом. Вероятно, описанная ситуация подразумевает отношения трех персон (т.е. триадические отношения), острое чувство ревности и соперничество за женщину с родительской фигурой. Поэтому в своем комментарии я решил обратить внимание пациента на возможный эдипов подтекст его текущих переживаний.

И.М.: Кажется, рядом с донной Анной всегда стоит другой мужчина.

Г-н В.: Да, со мной так всегда. Если женщина мне нравится, и я хотел бы с ней серьезных и длительных отношений, то у нее всегда обнаруживается какой-нибудь поклонник, и, в конечном счете, я

проигрываю... Я всегда ревновал Елену к ее поклонникам, и особенно – когда мы уже перестали быть сексуальными партнерами. У меня тоже были другие связи. Я хотел убедить ее, что я ей нужен, и она должна бояться потерять меня... (*Продолжительная пауза*).

И.М.: О чем Вы сейчас думаете?

Г-н В.: О своих чисто физических ощущениях. У меня пересохло во рту... И чувствую несильную боль... в предстательной железе. Я должен собраться и заняться лечением моего простатита...

Рефлексия. В своем размышлении над словами пациента я двигался одновременно в двух направлениях. Возникшая вскоре после моего комментария боль в предстательной железе может указывать на оживление сопутствующей эдипову конфликту кастрационной тревоги и постепенное развитие у пациента классического невроза переноса.

С другой стороны, появившееся ощущение сухости во рту может отражать активизацию архаических оральных впечатлений и переживаний, связанных с самыми ранними ситуациями кормления. Сама психоаналитическая терапия в какой-то степени может переживаться как своеобразное символическое кормление, и некоторые фрустрирующие аспекты ранних взаимоотношений пациента с кормящей матерью могут воспроизводиться в его переносе, т.е. в «здесь-и-теперь» терапевтических отношений. Определенная депривация, связанная с положением пациента на кушетке, также может отчасти переживаться пациентом как оральная фрустрация.

Следуя этой линии рассуждений, можно предположить, что ручка в его ладони служит своеобразным *переходным объектом* (Winnicott, 1957), устанавливая связь с которым, пациент в своей фантазии пытается преодолеть сепарационную тревогу и состояние частичной депривации в терапевтических отношениях (пациент на кушетке, и возможность зрительного контакта со мной существенно ограничена). Тактильные ощущения от прикосновения к ручке также могут нести в себе функцию *аутистической формы*⁴ (Tustin, 1984), которая воссоздает в опыте

⁴ Понятие «аутистическая форма» впервые предложено Ф.Тастин (1984) и получило также развитие в работах Т.Огдена (1989). Тастин различает два типа сенсорных впечатлений, которые формируют основу самого раннего опыта. Это – нежные, мягкие сенсорные впечатления, которые Тастин называет **аутистическими формами**, и суровые, жесткие впечатления, которым она дает название **аутистических объектов**. Аутистическая форма субъективно переживается как ощущение комфорта, которое позже становится сенсорным фундаментом для нашего чувства безопасности, защищенности, расслабленности и душевной привязанности. Хотя этот опыт закладывается в ранних отношениях ребенка с заботливой матерью и опирается на сенсорные ощущения (напр., ощущение ее прикосновений, покачивания на руках, звуковые впечатления от ее голоса и т.д.), возникающие в процессе контакта с ней, его нельзя в строгом смысле обозначить как опыт объектных отношений. Мать еще не воспринимается ребенком ни как целостный субъект (объект депрессивной позиции), ни как частичный объект (объект параноидно-шизоидной позиции), а переживается как продуцирующая ощущение комфорта безобъектная сенсорная поверхность.

В отношениях с аутистической формой «инаковость» последней не имеет принципиального значения, что отличает их от отношений с **переходным объектом** (Winnicott, 1951). Как отмечает Огден, переходный объект парадоксальным образом занимает промежуточное положение: с одной стороны, он является плодом фантазии и творческого воображения субъекта, а, с другой стороны, он одновременно является внешним объектом (игрушкой, предметом ухода и т.д.), который хотя бы одной ногой стоит на почве объективной реальности. Определенная «инаковость» переходного объекта принципиальным образом отличает его от аутистической формы и от аутистического объекта.

В отличие от аутистической формы, аутистический объект переживается в виде суровых, жестких (шершавых,

пациента частично утраченное чувство сенсорной поверхности, *соединительной* (и соединяющей его с терапевтической средой) *ткани* и восстанавливает чувство сенсорного комфорта и безопасности.

Итак, у меня были некоторые основания предположить, что перенос пациента представлен здесь одновременно на двух уровнях – на уровне конкурентных, провоцирующих кастрационную тревогу триадических отношений с эдиповыми родительскими фигурами, и на уровне диадических отношений с фрустрирующей архаической «матерью-грудью».

И.М.: Какие ассоциации возникают у Вас в связи с этими физическими ощущениями?

Г-н В.: Еще перед свадьбой я сильно промерз, да к тому же упал и ушибся... Наверно, это как-то отразилось на простате... Позже я чувствовал боль во время полового акта с Еленой и вынужден был ограничивать свою сексуальную активность с ней... При этом я чувствовал, что недостаточно интересую ее как сексуальный партнер... Я ревновал ее к любому мужчине... Но, в то же время, несмотря на дефицит сексуальных отношений, между нами была огромная душевная близость...

Наша работа позволила продвинуться в понимании определенной эдиповой подоплеки его текущих гетеросексуальных отношений, которые оказались защитным образом расщепленными на грязные, механистичные, лишенные эмоциональной близости сексуальные связи с *женщинами-распутницами* – с одной стороны, а с другой – платонические, очищенные от загрязненной сексуальности, романтизированные и идеализированные отношения с *дамой сердца*. На бессознательном уровне он переживал свои сексуальные желания как грязные и потенциально опасные. Например, в 17-летнем возрасте г-н В. ухаживал за девушкой, которую любил и ценил, но которая не вызывала у него эротического чувства. В тот же период он впервые вступил в сексуальные отношения со случайной знакомой и заразился гонореей. Он сообщил, что позже после случайной связи с другой девушкой он заболел дизентерией. Приступы гриппа, ангины или простуды часто воспринимались им как возможные последствия таких случайных связей. Он очень опасался СПИДа и почти любое недомогание интерпретировал как вероятное начало заболевания. В этом беспокойстве довольно отчетливо просматривается кастрационная тревога, выраженная в идее наказания за «грязный» секс. Этот феномен напоминает описанный Джойс Мак-Дугал (1991) комплекс «кастрационной ипохондрии».

Психотерапия вызвала у г-на В. воспоминания о наказании со

царапающих, колющих), преимущественно кожных сенсорных впечатлений. Эти ощущения возникают в условиях дефицитарного контакта с аутистической формой. В контакте с аутистическим объектом возникает субъективное ощущение, как если бы кожа обладала качествами раковины или панциря. Эти ощущения переживаются в виде диффузного чувства опасности, которое позже сопровождается параноидно-шизоидными фантазиями о трансформации кожных покровов в защитную раковину или панцирь.

стороны отца, когда в 8-летнем возрасте он обнаружил в отцовском столе игральные карты в эротическом оформлении. Г-н В. припомнил, как несколькими годами раньше вместе с другими ребятами он приставлял лестницу к дому и подсматривал в окна. В том числе он заглянул в окно своей квартиры. Он не помнит, что увидел, но помнит, что был замечен родителями, и отец отшлепал его. Материал, который был доступен на этом этапе терапии, преимущественно свидетельствовал в пользу истерического невроза с неизменным структурным конфликтом, вытеснением, проблемами на уровне отношений в триаде, чувством ревности, страха возмездия за участие в эдиповой конкуренции и формированием конверсионного симптома (боль в области простаты). Эта картина может быть легко вписана в классические психоаналитические концептуализации эдиповой подоплеки невротических расстройств.

Однако данная клиническая картина содержит в себе намеки и на присутствие транзиторных патологических феноменов более раннего, до-эдипова уровня. В современной психоаналитической литературе (Kohut, 1984; Pine, 1985; Gedo, 1988) начинает высказываться точка зрения, что ребенок, успешно преодолевший психологические проблемы ранних этапов развития (скажем, первых двух лет жизни), имеет высокие шансы справиться и с эдиповой проблематикой. Иначе говоря, за исключением случаев сильной травматизации ребенка на эдиповой фазе развития (напр., развод или смерть одного из родителей, сексуальное злоупотребление или насилие по отношению к ребенку и т.д.), невротические расстройства, как правило, надстраиваются на остаточных ранних, до-эдиповых психопатологических образованиях. Хайнц Кохут (1984) предложил рассматривать ведущую тревогу ребенка на эдиповой фазе развития в качестве особой формы наиболее базовой тревоги – дезинтеграционной тревоги. Дезинтеграционная тревога (и одна из ее поздних версий – кастрационная тревога) возникает как реакция на реальную или потенциальную утрату Я-объекта, которая переживается субъектом как крушение, распад (фрагментация) его «Я» или как состояние, близкое к психологическому не-бытию.

«Кастрационная ипохондрия» г-на В. может представлять собой комбинацию кастрационной тревоги и озабоченности идеями смерти. Как отмечает Мак-Дугал, за невротическим узором часто скрывается архаическое «ужас-желание» быть поглощенным, слиться с примитивной, всемогущей, связанной со смертью «матерью-вселенной». На бессознательно-фантазийном уровне инфантильное сексуально окрашенное стремление к единению переживается как навлекающее «психологическую смерть, поскольку его цель состоит в слиянии с матерью младенческого периода ценной утраты собственной индивидуальной идентичности» (McDougall, 1991 p.50). Эти присущие нормальному развитию транзиторные инфантильные тенденции в условиях патологического функционирования диады «мать-дитя» могут приобретать злокачественный характер и находить свое выражение в

аутистических, психотических или пре-психотических образованиях у ребенка. Джойс Мак-Дугал, например, дает описание того, как в определенных ситуациях дисфункциональная мать, в силу собственной психопатологии, произвольно использует своего ребенка в качестве безличного (или даже неодоушевленного) объекта, как своеобразную заплату или пробку, которой она пытается заткнуть пустоту своего одиночества, депрессии и замешательства. Она пишет: «Как следствие этого любой близкий эротический контакт бессознательно переживается [ее ребенком] как поглощение и смерть. На более поздних фазах нормализующая роль отцовского образа способствует затушевыванию того факта, что в основе эдиповой организации лежит архаическая фантазия об отношениях в паре, которую я обозначаю... как «зияющая мать» и «ребенок-пробка» (p.108).

Наш материал – описание пациентом его текущих отношений, его детской семейной ситуации и родителей как холодных, отстраненных и одновременно нарциссически эксплуатирующих – дает основания для допущений об определенной дисфункциональности его отношений со своими ранними объектами (или, в терминологии Кохута, «Я-объектами»).

Вскоре после начала психотерапии г-н В. рассказал о двух эпизодах одного и того же сна.

Эпизод 1: Он – в квартире своей бывшей супруги. Мебель переставлена, а на ее кровати он замечает вещи, принадлежащие незнакомому мужчине. Он чувствует, что для него здесь нет места, и его хотят выставить вон.

Эпизод 2: Он – в костюме космонавта. Его запускают в воздух с помощью механизма, напоминающего огромную рогатку. Улетая в холодное, неприветливое пространство, он опасается, что кислород может кончиться, и он не сможет вернуться назад... Он чувствует беспомощность и страх.

В этих эпизодах, кроме актуальной проблемной ситуации пациента (развод), представлен также и архаический ужас «утраты Я-объекта, без которого «я» не может продолжать свое существование» (Kohut, 1984, p.18). Г-н В. оказывается выброшенным в холодное, безвоздушное, безжизненное пространство, которое символически репрезентирует близкое к дезинтеграции состояние нехватки психологического кислорода, утраты эмпатического Я-объекта, необходимого для психологического выживания. В определенной степени эти образы репрезентируют также трансферентные переживания пациента. В своем переносе он отчасти воспринимал меня как холодного и недостаточно поддерживающего терапевта и соответственно – организованное мной *терапевтическое пространство*. Находясь на кушетке, г-н В. часто жаловался на холод, просил дать ему плед, испытывал «физическое» ощущение покачивания, как если бы он улетал куда-то. Он нуждался в

тактильном контакте и разными способами искал прикосновений. Возможно, поэтому на сеансах (особенно во время пауз) он теребил ручку, тем самым как бы создавая сенсорную ткань, которая использовалась им для заполнения пустот в терапевтических отношениях и в его эмоциональном опыте.

Характерные для регрессивных состояний сенсорно-доминирующие модусы переживания терапевтического пространства (напр., сопровождающиеся ощущением дрейфа, полета, невесомости и т.д.) относятся разными исследователями к нарциссическим, пре-психотическим, психотическим и даже аутистическим феноменам. Например, Р.Ледерман, основываясь на теории раннего Эго-развития Фордэма, высказывает предположение, что ребенок, не получивший опыта физической и эмоциональной «пришвартованности» к матери, лишается в результате и чувства психологической «гравитации» и с повышенной вероятностью разовьет впоследствии нарциссические или пре-психотические личностные структуры. В силу такой дефицитарности раннего развития пре-психотический или нарциссический пациент, находясь в терапевтической ситуации, может переживать свою сепарацию от психотерапевта довольно специфическим образом – как будто последний обрывает ниточку, и пациент, «подобно воздушному шару, улетает в бездну» (*Ledermann, 1989, p.107*). По мнению таких авторов, как Естер Бик (1968/1988), Фрэнсис Тастин (1981/ 1991) и Томас Огден (1989), ощущение растекания, падения в бесконечном, бесформенном пространстве относится к разряду аутистических переживаний и отражает базовую тревогу аутистически-сенсорной позиции.

В ходе психотерапии у г-на В. отмечались некоторые транзиторные переживания, слегка напоминающие подобные сенсорно-доминирующие феномены. Разумеется, эти преходящие, мимолетные переживания не могут быть квалифицированы в буквальном смысле как примеры «чистых» аутистических состояний.

Сейчас я приведу краткое описание сеанса, который состоялся накануне Нового года. К этому моменту г-н В. уже проходил курс психотерапии около четырех месяцев и в целом чувствовал себя гораздо лучше. На одном из предшествующих сеансов он даже высказал желание закончить терапию до наступления Нового года.

Г-н В. открыл сеанс словами: «У меня ощущение, что какой-то период моей жизни подходит к концу, и начинается новый. Еще не знаю – какой именно, но проблемы, которые раньше мешали мне, больше не беспокоят меня. Появилась какая-то легкость, новое отношение ко всему, какая-то философичность, принятие жизни... Передо мной сейчас стоят две экзистенциальные задачи. Найти женщину, с которой нам будет хорошо, и заняться каким-нибудь творчеством... Вид творчества не важен... Реализация себя – вот что важно... Это может быть живопись, стихи, музыка... или вырезание лобзиком...»

И.М.: Или выжигание по дереву. (*Слова пациента напомнили мне его рассказ о том,, как в детстве он подарил свое выжигание матери. Она приняла подарок, указав на «незаметные дефекты» изделия.) Пауза длилась несколько минут.* Затем я спросил г-на В. о том, какие мысли и переживания у него возникли во время этой паузы.

Г-н В.: У меня сейчас такое ощущение... подвешенности и раскачивания... Немного холодно... Ощущение открытого пространства и черного открытого неба над головой... Как будто я туда улетаю... Чувство отсутствия связи с почвой... Это чувство напоминает мне состояния болезни или одиночества... Да, похоже на это, но сильнее... Как будто я улетаю по какой-то раскачивающейся траектории, и земля уходит из-под ног... Я вспоминаю, что похожее чувство возникло у меня, когда я впервые оказался в пионерском лагере. Мне было 8 лет. Я помню, там была палата казарменного типа и вожатый с армейскими замашками. Нам запрещалось очень многое... До этого я никогда не уезжал из дома один... Я чувствовал себя там неуютно и вскоре заболел... Кажется, у меня была ангина... Ночью поднялась высокая температура, и у меня возникло это ощущение подвешенности, раскачивания и открытого неба... В палате было темно, но в комнате вожатых горел свет... Один из вожатых на руках отнес меня в отдельное помещение... Я смотрел на черное небо, у меня было чувство полного отчуждения... Я забыл, как называлось это помещение... Лазарет?.. Нет, как-то иначе...

И.М.: Изолятор. (*У меня было впечатление, что это слово точнее обозначает его чувство отчужденности и изолированности.*)

Г-н В.: Да, да, точно – изолятор... Я был изолирован от всех... Всю ночь я провел совершенно один... Было ощущение полной оторванности и одиночества... Трещали лампы дневного света... Я до сих пор не переношу этого звука...

Рефлексия. Я обратил внимание, что этот комплекс переживаний и воспоминаний возник у г-на В. после моего комментария о выжигании по дереву. На бессознательном уровне этот комментарий мог быть воспринят им как критика, как материнское указание на *незаметные дефекты* (поспешное желание закончить терапию) его *подарка* (улучшение состояния). Во время последовавшей длительной паузы он мог испытывать острое чувство собственной изолированности и оторванности от меня. Переживания, активизировавшиеся в переносе, аналогичны чувствам изолированности и отчужденности, которые он мог испытывать в детстве. Возникшая на этом сеансе реминисценция о пионерском лагере и изоляторе, сопровождающаяся чувством оторванности от дома (и от почвы), беспомощности, одиночества и брошенности в чужой, военизированной среде, может обладать функцией покрывающего воспоминания, вероятно, заслоняющего еще более ранний травматический опыт оторванности и отчужденности от матери. Наконец, чувство холода

и изолированности также служит отражением актуальной терапевтической ситуации, которая окрашена его желанием резко завершить терапию и тем самым сепарироваться от меня.

В своей интерпретации я поделился с г-ном В. этими соображениями. Он с пониманием меня выслушал и высказал намерение продолжить терапию.

На одном из последующих сеансов г-н В. сообщил, что забыл свою ручку и попросил разрешения взять со стола одну из моих. Я не возражал. Он взял мою ручку и лег на кушетку. Последовала продолжительная пауза.

Г-н В.: Ничего существенного не приходит в голову... Шум в ушах... Непонятно, с чем это связано...

Рефлексия. Слушая пациента, я снова обратил внимание, что он интенсивно теребил ручку. У меня было впечатление, что, сосредоточиваясь на своих тактильных и слуховых ощущениях и усиливая их, он бессознательно пытался создать что-то вроде «сенсорной пробки», чтобы «заткнуть» возникающие в терапевтическом диалоге паузы. Паузы, переживаемые им как депривация и изоляция, могли репрезентировать в «здесь-и-теперь» терапевтических отношений определенные «пустоты» в опыте его ранних эмоциональных отношений с матерью. Поскольку на этом сеансе в поиске тактильных впечатлений он «ухватился» за *мою* ручку, то последняя служит не только в качестве безобъектной *аутистической формы*, но также используется им как *переходный объект*, контакт с которым продуцирует ощущение связи со мной. У меня появилась также альтернативная гипотеза, что попытка г-на В. воссоздать под собой частично утраченную сенсорную почву имеет какое-то отношение к мастурбаторной активности.

И.М.: Сегодня Вы начинаете сеанс с протяженной паузы, сосредоточиваетесь на ваших слуховых ощущениях. Вы держите в своей руке мою ручку, что, кажется, также вызывает у Вас определенные ощущения. Думаю, было бы интересно понять, с чем это может быть связано.

Г-н В.: Ручка?.. Ну, я люблю что-нибудь теребить руками... Люблю чувствовать прикосновение... Когда я нервничаю, я люблю щелкать пальцами, точнее – ногтями... Это меня немного успокаивает... Ручка – это что-то вроде четок... Другая идея – детский онанизм... Ну, что же еще? Надо подумать...

И.М.: Кажется, идея об онанизме не заслуживает внимания...

Г-н В.: Да нет, я просто знаю об этом из книг по психологии. Мне нравилось в детстве трогать себя, когда я ложился в постель... А еще я люблю сжимать в ладони свой большой палец. Это довольно старая привычка... Палец укрыт в ладони, как младенец в утробе... Кстати, когда я ложусь спать, я заворачиваюсь с головой и сплю в позе эмбриона... Здесь мне тоже иногда хочется свернуться калачиком...

И.М.: Похоже, в такие моменты Вы чувствуете себя брошенным и лишенным опоры. Вы ищете поддержки и находите ее в физических ощущениях или, как, например, сегодня, в физическом контакте с моей ручкой.

Г-н В.: Да, обычно я трогал себя в постели, потому что чувствовал себя одиноко... Я не помню, чтобы, укладывая меня спать, мать читала мне сказки или предлагала взять в постель какую-нибудь игрушку... Я не помню ничего подобного... Возможно, эта ручка – атавизм моей независимости...

И.М.: И одновременно зависимости...

Г-н В.: Да... До сих пор, когда я ложусь в постель, я кладу руку между ног... И мастурбирую, когда чувствую себя особенно одиноко... Возможно даже, мой простатит связан с этой ненормальной практикой... Мне всегда казалось, что я зря это делаю, и я опасюсь, что из-за этого возможно обострение простатита...

Я завершаю на этом свою первую клиническую иллюстрацию, хотя терапия продолжалась еще несколько месяцев и достигла вполне удовлетворительных результатов. Рассматривая же представленный клинический материал в свете основной темы данной статьи, я мог бы следующим образом суммировать свои основные формулировки по поводу этого случая. Легко различимые в личностной организации г-на В. невротические образования и конфликты эдипова уровня надстраиваются над более скрытыми примитивными, до-эдиповыми структурами. Невротические образования и транзиторные архаические феномены (нарциссические, пре-психотические и даже аутистические) попеременно служат как бы фигурой и фоном. Попадая в ситуации эдиповой конкуренции, которые провоцируют чувство вины и кастрационную тревогу, пациент в защитных целях частично (с незначительными и обратимыми нарушениями функций Эго и объектных отношений) регрессирует к более ранним и примитивным способам психического функционирования. Но здесь он обнаруживает зияющие бреши в своих фантазийных отношениях с матерью, которые на аффективном уровне представлены как чувство оторванности, брошенности и одиночества. Концентрируясь на частично утешающей и успокаивающей его сенсорной стимуляции и аутоstimуляции, пациент пытается «заткнуть» эти пустоты. Его мастурбаторная аутоstimуляция позволяет частично восстановить в фантазии «разрывы» в ранних отношениях с матерью и несколько смягчает чувство оставленности и изолированности. Однако одновременно она провоцирует страх наказания со стороны эдиповой отцовской фигуры и примитивный ужас быть поглощенным архаической матерью. Эта дилемма находит свое выражение в «кастрационной ипохондрии» пациента. Подобный порочный круг становится частью психологического функционирования пациента в жизни (в отношениях со значимыми другими) и в психотерапии (в отношениях переноса).

ВТОРАЯ КЛИНИЧЕСКАЯ ИЛЛЮСТРАЦИЯ

Вторая иллюстрация связана с одним из наиболее коротких и проблематичных случаев в моей психотерапевтической практике. Это случай 18-летнего пациента, который был направлен ко мне с предположительным диагнозом «обсессивно-компульсивный невроз». Обратиться ко мне родителям пациента рекомендовал мой коллега, после телефонного разговора с которым мое первое заочное впечатление о случае было весьма благоприятно, поскольку:

1. Информация коллеги включала предварительный диагноз – обсессивно-компульсивный невроз (на мой взгляд, не самый тяжелый).
2. Был обозначен психогенный фактор (смерть бабушки), запустивший его «невротическую» симптоматику (навязчивый страх смерти).
3. Сравнительно недавнее обострение внутреннего конфликта (три месяца назад) также было благоприятствующим фактором.
4. И, наконец, родители пациента были заинтересованы в том, чтобы их сын прошел «курс психотерапии».

Таким образом, предварительная информация в целом говорила в пользу положительного прогноза предполагаемой психотерапии.

На следующий день мне позвонила мать молодого человека, чтобы договориться о психотерапии ее сына. Я предложил встретиться с ее сыном для первичного интервью через четыре дня. Она рассчитывала на незамедлительную встречу и была несколько разочарована такой отсрочкой.

Первая встреча. На первую консультацию пациент (назовем его Андрей) пришел вместе со своим отцом, г-ном Л. Они были очень похожи внешне, оба небольшого роста и худые. Однако если Андрей по сравнению со своими сверстниками выглядел на пару лет моложе, то г-н Л. выглядел несколько старше, чем мог бы выглядеть отец 18-летнего сына. На вид г-ну Л. было не меньше 60 (позже мое впечатление подтвердилось). Он сказал, что хотел бы принять участие в нашем разговоре.

Во время интервью говорил преимущественно отец. Андрей вел себя скорее отстраненно. Его поза и выражение лица оставались малоподвижными. Г-н Л. сообщил мне, что проблемы его сына начались примерно 5 месяцев назад, когда его теща, бабушка Андрея, была госпитализирована с онкологическим заболеванием в терминальной стадии. Спустя два месяца бабушка скончалась. Ей было за 80, и болела она в течение последних десяти лет. Говорил г-н Л. несколько раздраженно, как будто это была надуманная проблема. Я спросил, не думает ли он, что существуют какие-то дополнительные причины ухудшения состояния Андрея. Андрей торопливо ответил сам: «Нет, нет. До смерти бабушки все было нормально».

На это г-н Л. с сарказмом сказал: «Ну конечно, нормально. А сколько нервов у нас с матерью было измотано, пока он переходил из одного

института в другой? Он не захотел учиться в институте, который мы с женой рекомендовали, и начал переводиться в другой. Мы были против. Когда он управился со всеми препонами, то пропустил столько занятий, что уже не смог учиться... Потом эта болезнь... Я не верю, что он скоро сможет вернуться к занятиям...» Андрей в своей неподвижной позе и с бесстрастным выражением лица, казалось, оставил эти замечания в свой адрес без внимания.

Слушая г-на Л., я понял, насколько сильным и глубоким было его отчаяние и чувство безнадежности. Вероятно, похожие чувства испытывала и его супруга.

Г-н Л.: Но самое тяжелое действительно началось после того, как его бабушку отвезли в больницу.

И.М.: Что именно началось?

Г-н Л.: Какие-то приступы, которые случаются наплывами...

Андрей (не глядя на отца и раздраженно): Ну все-то ты знаешь...

Г-н Л.: Андрюша, ты можешь все рассказать сам. Но ты молчишь, а потом злишься.

Последовала длинная пауза, во время которой я отметил про себя очевидную агрессивность их отношений. Я спросил Андрея о том, что, с его точки зрения, его больше всего беспокоит.

Андрей: Какой-то страх жизни... Я не знаю, что меня ждет впереди... Чувствую, что я совершенно несамостоятельный и ничего не понимаю в жизни... Не знаю, что я буду делать, если что-то случится с родителями или в стране... Война, например... В такие моменты я как будто хочу доказать себе, что я могу преодолеть это, что я могу сам со всем справиться, что я могу вынести боль, жизненные потери... Как будто, если я докажу себе, что могу переносить боль, то я не такой беспомощный... И тогда я причиняю себе боль... Чувство, что я могу выдержать боль, успокаивает меня, но скоро все начинается снова. Я начинаю думать, что слишком слаб, и не смогу это вынести... И я должен увеличивать испытание, чтобы переубедить себя...

Я обратил внимание на багровый ожог на его запястье и спросил, связан ли этот ожог с тем, что он причиняет себе боль. Ответил отец Андрея:

«Это – еще ерунда. Он прокусывает себе губы, кипятком и спичками прижигает себе руки. Покажи, Андрей». Андрей закатал рукава и показал свои руки, которые от запястьев до плеч были сплошь покрыты коростой, струпьями ожогов и царапин.

Рефлексия. Эта картина произвела на меня довольно сильное впечатление. Я не предполагал, что его «обсессивные» идеи и «компульсивные» действия носили такой самодеструктивный характер. Я начал размышлять о наличии у пациента высокого самодеструктивного потенциала и возможных суицидальных тенденций. В этом свете мой предварительный диагноз выглядел, как карточный домик. У меня стали

появляться различные, конкурирующие друг с другом гипотезы об уровне психопатологии пациента и ее связи с семейной динамикой.

Стиль коммуникации отца и сына во время интервью (раздраженность, сарказм на фоне отчаяния и чувства безнадежности у первого и агрессивная отстраненность второго), сама симптоматика пациента (причинение себе боли и самоповреждающие действия) могли отражать определенную динамику их взаимоотношений, взаимопровокативных и садо-мазохистических по своему характеру. Мне показалось, что Андрея в какой-то степени можно отнести к небольшой группе пациентов, развивающих «аддикцию к близости к смерти». Этот феномен описан Бетти Джозеф (1982/1988). Погружаясь все глубже и глубже в состояние безнадежности, пациент вовлекается в такие виды активности, которые постепенно разрушают его физически или психологически. Таким образом пациент пытается вызвать отчаяние у своих близких (в случае Андрея – у родителей) или спровоцировать по отношению к себе определенный садизм или грубость с их стороны. Он даже испытывает своеобразный триумф, когда преуспевает в своих попытках. Такое поведение отражает своеобразный паттерн внутренней коммуникации пациента с самим собой и своими объектами.

Джозеф пишет: «Еще в раннем детстве эти пациенты, сталкиваясь с фрустрацией, чувством ревности и зависти, в силу их патологии не смогли ни просто уйти в состояние отчуждения и отстраненности, ни выразить себя в ярости и крике по отношению к своим объектам... Они затаились в засекреченном мире жестокости и насилия, где одна часть их «я» восстает против другой, где части тела отождествлены с частями посягающих объектов... и это насилие в огромной степени сексуализировано, мастурбаторно по своей природе и часто имеет физические проявления» (р.322). Эти пациенты могут постоянно расшибать себе голову, расцарапывать себя ногтями, рвать волосы и т.д. Внимательный анализ позволяет также обнаружить скрытое возбуждение и удовольствие, которые они испытывают от подобных нападков на себя. Как отмечает Бетти Джозеф, про этих пациентов вряд ли можно сказать, что внешняя история их детства была по-настоящему ужасной, хотя в психологическом отношении они могли страдать от дефицита теплых отношений, глубокого понимания. Многие из этих пациентов могли иметь в детстве сурового или даже жесткого родителя. Однако в отношениях переноса-контрпереноса и пациент, и аналитик зачастую испытывают ощущение «опасного края» и непереносимой муки. Джозеф высказывает предположение, что в раннем детстве элементарное чувство вины, утраты или другой потенциально депрессивный опыт переживались этими пациентами как страшная пытка. Позже, сталкиваясь с ситуациями, чреватými такими депрессивными переживаниями, они пытаются избавиться от них, овладевая пыткой, причиняя себе душевную и физическую боль и культивируя тем самым «сад» извращенного возбуждения. Подобная защитная пограничная патологическая

организация препятствует поступательному личностному развитию в направлении депрессивной позиции и принятия внутренней и внешней реальности. В случае Андрея подобная инфантильная драма могла относительно долгое время оставаться в дремлющем состоянии. Роль пускового фактора мог взять на себя связанный со смертью бабушки комплекс мучительных, потенциально депрессивных переживаний. Можно предположить, что определенную роль сыграл и возрастной фактор. 18-летний Андрей мог еще находиться в эпицентре нормативного юношеского кризиса, который предполагает болезненное обострение проблемы сепарации-индивидуации и парадоксальную симультанную интенсификацию регрессивных и прогрессивных тенденций.

С формальной точки зрения эта симптоматика может также «вписаться» и в клиническую картину невроза навязчивости, которая характеризуется *обсессивными идеями* (о собственной несамостоятельности, слабости, неспособности противостоять жизненным трудностям и переносить боль) и *компульсивными самоповреждающими действиями*. Компульсивные действия возникают как реакция на обсессивные идеи и как способ избавления от них. Возможно, аутоагрессия Андрея несет защитную функцию и позволяет произвести подмену реального объекта его агрессии. Например, родители, по отношению к которым агрессия не может быть выражена в открытой форме, заменяются самим собой. Согласно классической теории неврозов, такая симптоматика возникает как следствие регрессии либидо к анально-садистической фазе развития, где доминирует преследующее и деструктивное Суперэго.

С другой стороны, эти симптомы могут свидетельствовать и о более глубоком (возможно, психотическом) уровне психопатологии пациента. Последняя может быть концептуализирована в терминах нарушения процесса сепарации-индивидуации, не позволяющего ему в своем развитии достичь автономного функционирования и установить стабильные и хорошо дифференцированные границы «Я». Пациент может переживать конфликт между стремлением к автономии, с одной стороны, и регрессивными тенденциями, желанием слиться, вернуться в состояние базового единства с первичным объектом – с другой (*Little, 1981/1988*). Эта тема звучала прямо – в жалобах Андрея на свою зависимость, страх перед самостоятельной жизнью, и косвенно – в негативном отношении родителей к самостоятельному решению их сына сменить институт. Возможно, причинение себе боли и повреждение кожи парадоксально сочетают в себе символическую атаку на телесную демаркационную линию между «Я» и «не-Я» (первичным объектом) – стремление к слиянию и одновременно попытку средствами боли локализовать себя в границах собственного тела – «Я чувствую боль, значит, я существую». Попытки пациента прижечь, прокусить или расцарапать свои кожные покровы до образования струпьев или коросты могут отражать отчаянное стремление нарастить у себя нечто вроде «второй кожи» (*Bick, 1968/1988*).

Как отмечает Эстер Бик, такое образование несет функцию примитивного объединения, связывания вместе неинтегрированных, фрагментированных частей личности и замещения зависимого состояния позицией псевдо-независимости.

Разумеется, отчаянные попытки «уложить» пациента в различные психоаналитические схемы в значительной степени отражали мою собственную защитную контртрансферентную реакцию. Через проективную идентификацию Андрей и его отец бессознательно пытались индуцировать у меня состояние отчаяния и сделать участником их садомазохистической драмы. В своем контрпереносе я пытался ответить на острые для себя вопросы: напуган ли я глубиной расстройства Андрея настолько, что сомневаюсь в потенциальном успехе? Если я приму Андрея на психотерапию, станет ли она пыткой для нас обоих? Если отклоню их запрос, будет ли это своеобразной «садистической» реакцией с моей стороны?..

На этой же встрече г-н Л. сообщил мне, что они уже обращались к разным психиатрам. Одни склонялись к диагнозу «шизофрения» и настаивали на госпитализации. Другие думали, что это – «невроз», и рекомендовали амбулаторную психотерапию. Он сказал, что все это время Андрей принимает транквилизаторы. Г-н Л. сказал также, что после инфаркта он сам принимал транквилизаторы, которые снимали его раздражительность. Он сообщил также, что они пробовали гипноз, но после сеанса состояние Андрея еще больше ухудшилось. Затем г-н Л. спросил меня, возьму ли я его сына на психотерапию. Я ответил, что для более определенного ответа мне понадобится еще одна или две встречи с Андреем. В самом конце нашего интервью г-н Л. сказал, что он и его жена не могут больше выносить мучений Андрея, и они очень надеются, что я соглашусь взяться за этот случай.

Вторая встреча. Во время второй консультации я провел диагностическое тестирование. Мое исследование не выявило у Андрея каких-либо отчетливых нарушений мышления. Данные ММРІ обнаружили выраженные депрессивные тенденции, парадоксально сочетающиеся со стремлением к независимости и агрессивным реакциям; тенденцию к нарушению установленных норм одновременно с высокой тревожностью, склонностью к самообвинению и стремлением следовать ригидным правилам и навязчивым ритуалам. В проективной продукции отчетливо звучала тема давления со стороны родителей, чувство одиночества, потребность в помощи.

Третья встреча. Когда Андрей появился, его рука была забинтована, на губе – запекшаяся рана. Он сообщил, что утром у него был приступ. Все шло, как обычно. Снова страх жизни и смерти и навязчивое желание доказать, что он может выдержать боль. Он всеми силами пытался сопротивляться этим мыслям, но, как всегда, проиграл. Хотя сам факт, что он может вынести боль, приносит ему удовлетворение, он понимает, что

это – плохое решение проблемы. Он не может удовлетвориться на длительное время и вынужден причинять себе боль снова и снова. Кроме того, он боится, что об этом узнают окружающие, поэтому он избегает своих друзей и сверстников.

Андрей сказал: «Я все время остаюсь дома, не читаю, стараюсь ни о чем не думать... Моя жизнь стала однообразной и неполноценной. Страх жизни заслоняет саму жизнь. Я боюсь того, что меня ждет, что если что-нибудь случится с родителями, я пропаду. Я не знаю, кто я и на что способен...»

Чуть позже я узнал, что Андрей – первый и единственный ребенок своих родителей. Его отцу, бывшему военному, около 60 лет. Мать – ровесница отца. Обоим было немного за 40, когда родился Андрей. Сам он охарактеризовал своих родителей как «людей добрых и заботливых».

Рефлексия. Я задумался над тем, что родители Андрея были уже немолодыми людьми, когда родился их поздний ребенок. Вполне вероятно, в такой ситуации они могли опасаться, что их возраст помешает им до конца выполнить свой родительский долг и защитить Андрея от жизненных невзгод, что они могут тяжело заболеть или даже умереть прежде, чем их сын вырастет и станет самостоятельным. Свою тревогу и свой страх смерти они могли транслировать Андрею. В результате он мог испытывать хронический дефицит надежных и защищающих объектов. В подобной ситуации ужас реальных или потенциальных потерь (смерть бабушки, инфаркт у отца) мог вызвать у него столь острую патологическую реакцию. Эти события как бы напомнили пациенту, насколько хрупкой защитой являются его ключевые объекты (родители) перед лицом жизни и смерти.

Я спросил Андрея о его ожиданиях в отношении психотерапии. Он ответил, что хотел бы обсуждать со мной то, чего он боится, разобраться в себе и с моей помощью начать нормальную жизнь. Это послужило основой для заключения между нами терапевтического контракта. Мы договорились о двух встречах в неделю «лицом к лицу».

Четвертая встреча. На этом сеансе Андрей выглядел более оживленным. Он сообщил, что с момента нашей последней встречи у него не было ни одного приступа. Он был уверен, что это связано с нашей работой и с тем, что я не отверг его как безнадежного пациента. Андрей сообщил, что пока он чувствует себя только на пути к выздоровлению. Он может контролировать свое навязчивое стремление доказывать себе, что он может переносить боль. Но страх перед жизнью остается. Он предпочитает оставаться дома, ни с кем не встречаться, и это похоже на добровольное заключение.

Я поделился с ним своим предположением, что такое добровольное заключение и самоизоляция, хотя и причиняют ему страдания, тем не менее дают ему хотя бы временное ощущение контроля над собой. Внутри состояния отгороженности и замкнутости его жизнь кажется

предсказуемой и контролируемой, а за пределами этого состояния она выглядит пугающей и неуправляемой. Андрей согласился с моим замечанием и сказал, что хотел бы научиться не обращать внимание на неприятные стороны жизни. Но мать постоянно напоминает ему о них и говорит, что он должен быть готов к тому, чтобы справляться со всеми трудностями сам. «Мы уже старые, и с нами может случиться что угодно», – это ее любимая песня.

Я заметил, что, вероятно, поэтому он довольно чувствителен к любому беспокойству его родителей, которое быстро ему передается.

Пятая встреча. Во время всего сеанса Андрей выглядел обиженным и говорил с большой неохотой. Он сообщил, что ему трудно говорить потому, что его психиатр поменял схему лечения, и теперь он принимает нейролептики. Я попросил его пояснить возможные причины изменения лекарств. Андрей сказал, что после последнего сеанса сильно поругался с родителями. В течение нескольких дней он занимался сортировкой старых газет и журналов, но по ошибке отец смешал их снова. Андрей разозлился на него, а мать приняла сторону отца... Он сказал, что обижен и зол на обоих родителей и почти не разговаривает с ними.

В своей интерпретации я отметил, что его неразговорчивость на сеансе, возможно, как-то связана с этим чувством обиды и злости, которые он отчасти испытывает также и в мой адрес. Андрей не поддержал мою интерпретацию и снова сослался на действие медикаментов.

После долгого молчания он рассказал мне о своем последнем сновидении. В этом сновидении он – член экипажа атомной подводной лодки. Подлодка несет на себе бактериологическое вооружение. На борту произошла утечка, и вся команда заражена. Им запрещено подходить к причалу и спускаться на берег, поскольку бактериологическое заражение принесет смерть миллионам людей. Он понимает: если лодка останется в море, погибнет весь экипаж, а если они подойдут к берегу за помощью, то принесут смерть другим.

Этот сон напомнил ему сюжет американского фильма, где в аналогичной ситуации капитан принимает решение подорвать свою подлодку вместе с командой, чтобы сохранить многие и многие жизни на берегу.

Интерпретируя этот материал, я сказал, что, по-видимому, в Андрее накопилась немалая агрессия и раздражение на свое окружение и на родителей. Однако он опасается, что эти агрессивные чувства будут губительны для них. Поэтому он, подобно капитану подводной лодки, предпочитает принести в жертву себя – отойти подальше от берега и взорвать себя. Это находит свое отражение в его попытках отгородиться и в его самодеструктивном поведении.

Ближе к вечеру мне позвонил г-н Л. и спросил, как я оцениваю ход психотерапии. Я ответил, что наблюдается некоторая динамика в симптомах его сына, и поинтересовался, с чем связано изменение схемы

медикаментозного лечения. Г-н Л. сказал, что Андрей устроил страшный скандал и вел себя настолько грубо, что у обоих родителей «было предынфарктное состояние». Они обратились к психиатру, который прописал Андрею более сильные препараты.

Этот разговор укрепил мое впечатление о повышенной уязвимости родителей Андрея к открытому проявлению им агрессивных чувств в их адрес. В эмоциональном развитии Андрея психологическая хрупкость его родителей должна была оставить свой глубокий отпечаток и отразиться на динамике и структуре его внутренних объектных отношений. Переживая на бессознательном уровне своих родителей как посягающих на него и одновременно чрезвычайно уязвимых и хрупких, он лишен принципиальной возможности «выразить себя в ярости и крике по отношению к своим объектам». И тогда «вместо движения вперед и вхождения в реальные отношения» (Joseph, 1982/1988) он погружается в тайный мир своих внутренних объектных отношений, которые изживаются в сексуализированных фантазиях или проявляются на телесной сцене в виде жестоких, само-деструктивных и аддиктивных по своему характеру действий.

Шестая встреча. Сеанс начался с продолжительной паузы. В течение всего часа Андрей говорил крайне мало. На мои вопросы и попытки начать разговор он отвечал, что предпочитает посидеть молча, не думая ни о чем. Мы оставались в безмолвии очень долго. Затем я высказал предположение, что его молчание позволяет ему не проявлять свои негативные, агрессивные чувства, которые, как ему кажется, будут столь же непереносимы для меня, сколько и для его родителей. После небольшой паузы Андрей согласился со мной и сказал: «Да, похоже на это... Кроме любви, я испытываю сильную злость на родителей... Они постоянно давят на меня... Отец давит и старается навязать свое мнение, при этом злится и обвиняет меня во всех неудачах. А мать, если что-то не так, сразу жалуется на предынфарктное состояние...»

В тот же день мне снова позвонил г-н Л. Он был в глубоком отчаянии и сказал, что очень обеспокоен злобным поведением сына, который или говорит оскорбительные вещи, или отказывается говорить с ними вообще. Он беспокоился, что у Андрея могут снова появиться приступы. Его звонок совпал по времени с началом моего сеанса с другим пациентом, и мы вынуждены были прервать наш разговор. Когда я перезвонил через час, г-н Л. сообщил мне, что ситуация немного успокоилась. Приступов не было. Андрей спокойно поговорил с матерью. Затем г-н Л. спросил, чем я объясняю появление у Андрея таких вспышек гнева. Я ответил, что, по-видимому, это – отреагирование тех агрессивных чувств, которые не находили выхода и направлялись на него самого. Я сказал также, что, вероятно, своими вспышками гнева их сын испытывает свое ближайшее окружение «на прочность» и отчаянно пытается найти кого-то, кто был бы способен выдержать его невыносимые чувства. Со злой иронией в голосе г-н Л. заметил, что с удовольствием бы разделил мой оптимизм, но у него

нет никаких оснований верить в выздоровление Андрея.

Рефлексия. У меня сложилось впечатление, что, находясь, как и его сын, в состоянии острого отчаяния и озлобленности, которая приобрела оттенок вербального садизма, г-н Л. пытался вызвать у меня аналогичные чувства безнадежности и ответной агрессии. Хотя в психотерапии наблюдалась определенная позитивная динамика, мне казалось, что Андрей и г-н Л. торпедируют мои попытки оказать помощь. Я задавался вопросом, имею ли я дело с одним из случаев «злокачественной самодеструктивности» (Joseph), в котором глубокие мазохистические тенденции преобладают над попытками в своем развитии приблизиться к депрессивной позиции и установить более зрелые отношения с внешними и внутренними объектами. Думаю, что моя контртрансферентная реакция представляла собой комбинации реалистической оценки дальнейшей перспективы психотерапии и того отчаяния, которое Андрей и г-н Л. пытались транслировать мне посредством проективной идентификации.

Накануне следующего сеанса г-н Л. еще раз позвонил мне и сообщил, что их психиатр очень озабочен нарастанием у Андрея агрессивных реакций. Он рекомендует им прервать на время психотерапию и ограничиться медикаментозным лечением. Г-н Л. сказал, что вынужден следовать предписаниям психиатра, но надеется, что в будущем они обратятся ко мне за советом.

Я вполне отдаю себе отчет, что этот трудный и в конечном итоге безуспешный случай психотерапии можно обсуждать в нескольких планах одновременно. Например, с точки зрения проблемы выбора наиболее оптимального терапевтического формата (психоаналитическая терапия, семейная терапия, суггестивная терапия, медикаментозное лечение и т.д.), с точки зрения использованной автором техники (организация сеттинга, стиль и дозировка интерпретаций и т.д.) или с точки зрения совладания с собственным контрпереносом. К сожалению, эти увлекательные темы остались за пределами данной публикации, и я был бы рад в этой связи получить любые отклики читателей МПЖ.

Однако, оставаясь в рамках заявленной мной темы, в этой статье я попытался в первую очередь проанализировать структуру и динамику специфической патологической (полагаю, пограничной между психотической и невротической) личностной организации конкретного пациента, проявившуюся в условиях конкретной психотерапии с конкретным психотерапевтом.

РЕЗЮМЕ

Настоящая статья посвящена обсуждению невротических и психотических (а также близких к психотическим) аспектов личности при различных типах психических расстройств, а также динамике их взаимодействия в ходе психоаналитической психотерапии. Индивидуальная психопатология рассматривается как многомерное формирование, в котором разнообразные, сравнительно поздние и развитые, а также

более ранние и примитивные феномены, уровни опыта и психопатологические структуры, связанные с разными этапами развития (эдиповым или до-эдиповыми), сосуществуют и взаимодействуют в своем индивидуальном стиле. Высказывается предположение, что тот или иной «профиль» взаимодействия «невротических» и «психотических» феноменов находит свое специфическое выражение в разнообразии конкретных вариантов личностных расстройств.

Предложенный клинический материал служит иллюстрацией высказанных теоретических формулировок о синхронном существовании в личностной структуре невротических и психотических (или близких к психотическим) аспектов и их взаимодействии в ходе психоаналитической психотерапии.

Первая клиническая иллюстрация представляет собой фрагмент психоаналитической психотерапии с пациентом, который с большими основаниями может быть отнесен к разряду невротиков. В его повседневной жизненной ситуации классические невротические феномены доминируют и затеяют более ранние и относительно примитивные формы опыта. Однако в ходе психотерапии, особенно в периоды нарастания регрессии в отношениях переноса, можно наблюдать активизацию некоторых нарциссических и даже аутистических аспектов его личности.

Вторая иллюстрация представляет пример довольно трудного и быстро прервавшегося случая психотерапии 18-летнего пациента с «пограничной» (между психозом и неврозом) организацией личности. На фоне подросткового и юношеского кризиса данная организация может служить патологической защитой как от чувства фрагментации и спутанности, т.е. от тревоги, характерной для параноидно-шизоидной позиции, так и от боли утраты и тревоги депрессивной позиции. Для сохранения шаткого равновесия между обозначенными позициями пациент формирует самодеструктивный и аддиктивный по своей природе паттерн самоповреждающих действий.

ЛИТЕРАТУРА

- Akhtar S. (1995) Quest for Answers. A Primer for Understanding and Treating Severe Personality Disorders. Jason Aronson: Northvale, NJ.*
- Bick E. (1968/1988) The Experience of the Skin in Early Object-Relations. In: Melanie Klein Today (Ed. by D.Tuckett and E.B.Spillius). vol.1. Routledge: London: 187-191.*
- Bion W. (1957/1988) Differentiation of the Psychotic from Non-Psychotic personalities. In: Melanie Klein Today: vol.1: 67-78.*
- Bion W. (1962) Learning from experience. Heineman Medical: London.*
- Fairbairn W.R.D. (1952/1994) Psychoanalytic Studies of the Personality. Routledge: London.*
- Freud A. (1966) Obsessional Neurosis: A Summary of Psychoanalytic Views. In: The Writings of Anna Freud, 5: 246-261. New York: Intern. Univ.*

- Press.
- Freud S. (1914) *On Narcissism: An Introduction*. S.E. 14: 67-102.
- Freud S. (1924) «*Neurosis and Psychosis*». S.E. 19: 149-153.
- Fromm-Reichmann F. (1952) *Some Aspects of Psychoanalytic Psychotherapy with Schizophrenics*. In: D.M.Bullard (ed), *Psychoanalyses and Psychotherapy*. Univ. of Chicago Press, 1959.
- Gaddini E. (1992) *A Psychoanalytic Theory of Infantile Experience*. Routledge: London.
- Gedo J.E. (1988) *The Mind in Disorder. Psychoanalytic Models of Pathology*. Hillsdale, NJ: The Analytic Press.
- Heimann P. (1952) *A Contribution to the Re-Evaluation of the Oedipus Complex – the Early Stages*. In: P.Heimann. *About Children and Children-no-longer*. 1989. Routledge: London.
- Joseph B. (1982/1988) *Addiction to Near-Death*. In *Melanie Klein Today*, vol.1: 311-323.
- Kernberg O. (1975) *Borderline Conditions and Pathological Narcissism*. Jason Aronson: Northvale, NJ.
- Klein M. (1946) *Notes on Some Schizoid Mechanisms*. In: *Writings of Melanie Klein*, 3: 1-24.
- Kohut H. (1984) *How does Analysis Cure?* Univ. Chicago Press.
- Ledermann R. (1982/1989) *Narcissistic Disorders and Its Treatment*. In: *Psychopathology, Contemporary Jungian Perspectives* (Ed. by A.Samuels) 1989. Karnak Books: London: 101-126.
- Little M. (1981/1988) *On Basic Unity (Primary Total Undifferentiatedness)*. In: *The British School of Psychoanalysis. The Independent Tradition* (Ed. by G.Kohon). 1988. F.A.Books: London: 136-153.
- McDougall J. (1991) *Theaters of the Mind. Illusion and Truth on the Psychoanalytic Stage*. Bruner/Mazel, Publ. New York.
- McWilliams N. (1994) *Psychoanalytic Diagnosis. Understanding Personality Structure in the Clinical Process*. The Guilford Press. New York. London.
- Milner M. (1987) *The Suppressed Madness of Sane Men. Forty-Four Years of Exploring Psychoanalysis*. New Library of Psychoanal. Tavistock.
- Ogden T. (1989) *The Primitive Edge of Experience*. Jason Aronson: Northvale, NJ.
- O'Shaughnessy E. (1981/1988) *A Clinical Study of a Defense Organisation*. In: *Melanie Klein Today*. Vol. 1: 293-310.
- Rey H. (1979/1988) *Schizoid Phenomena in the Borderline*. In: *Melanie Klein Today*. Vol.1: 203-229.
- Pine F. (1985) *Developmental Theory and Clinical Process*. Yale Univ. Press: New Haven.
- Rosenfeld H. (1977/1988) *A Clinical Approach to the Psychoanalytic Theory of the Life and Death Instincts: An Investigation into the Aggressive Aspects of Narcissism*. In: *Melanie Klein Today*. Vol.1: 239-255.
- Rosenfeld H. (1987) *Impasse and Interpretation. Therapeutic and Anti-Therapeutic Factors in the Psychoanalytic Treatment of Psychotic*,

-
- Borderline, and Neurotic Patients. Routledge: London.*
- Samuels A. (1989) *The Plural Psyche. Personality, Morality and the Father. Routledge: London.*
- Searles H. (1965/1988) *Collected Papers on Schizophrenia and Related Subjects. Intern. Univ. Press. Madison Connecticut.*
- Segal H. (1950/1988) *Some Aspects of the Analysis of a Schizophrenic. In: Melanie Klein Today.V.2.*
- Sohn L (1985/1988) *Narcissistic Organisation, Projective Identification, and Formation of the Identificate. In: Melanie Klein Today. Vol. 1: 271-292.*
- Spillius E.B. (1994) *Development in Kleinian Thought: Overview and Personal View. In: Psychoanalytic Inquiry. V.14, N3: 324-364.*
- Steiner J. (1987/1988) *The Interplay between Pathological Organisations and the Paranoid-Schizoid and Depressive Positions. In: Melanie Klein Today. Vol.1: 324-342.*
- Steiner J. (1993) *Psychic Retreats. Pathological Organizaton in Psychotic, Neurotic and Borderline Patients. Routledge: London and New York.*
- Sullivan H.S. (1947) *Therapeutic Investigations in Schizophrenia. Psychiatry, 10: 121-125.*
- Tustin F. (1981/1992) *Autistic States in Children. Routledge: London, New York.*
- Volkan V. (1976) *Primitive Internalized Object Relations. A Clinical Study of Schizophrenic, Borderline, and Narcissistic Patients. Int. Univ. Press: New York.*
- Winnicott D.W. (1953) *Transitional Objects and Transitional Phenomena. Inter. J. Psycho-Anal, 34: 89-97*