

PSYCHOANALYTIC TERM AND CONCEPTS

Editors

Burness E. Moore, Bernard D. Fine

**The American Psychoanalytic Association
and Yale University Press
New Haven and London**

ПСИХОАНАЛИТИЧЕСКИЕ ТЕРМИНЫ И ПОНЯТИЯ

Под редакцией
Барнесса Э. Мура и Бернарда Д. Файна

Перевод с английского
А.М. Боковой, И.Б. Гриншпуна, А. Фильца
под редакцией
А.М. Боковой, М.В. Ромашкевича

Москва
Независимая фирма "Класс"
2000

УДК 615.851

ББК 53.57

П 83

П 83 **Психоаналитические термины и понятия: Словарь**/Под ред. Барнесса Э. Мура и Бернарда Д. Файна/Перев. с англ. А.М. Боковикова, И.Б. Гриншпуна, А. Фильца. — М.: Независимая фирма “Класс”, 2000. — 304 с. — (Библиотека психологии и психотерапии, вып. 79).

ISBN 5-86375-023-5 (РФ)

Это один из наиболее часто цитируемых словарей во всей современной западной психоаналитической литературе. Термины и понятия, представленные в нем, рассмотрены в рабочих рамках психоаналитической теории, прокомментировано их историческое развитие и отношение к другим терминам и понятиям. Хотя словарь основан прежде всего на фрейдовской теории, определения не опираются исключительно на труды Фрейда (за исключением тех случаев, где не были внесены никакие дополнения к тому, что было им сделано). Кроме того, в книгу включена группа тем, связанных с психоанализом. В нее входят основополагающие понятия и их вспомогательные термины, различные психические феномены, комплексы, сверхдетерминированные психические процессы, поведенческие проявления и действия, симптомы и нозологические единицы, принципы психического функционирования и аналитического лечения. Отдельную группу составляют понятия, являющиеся предметом интенсивного психоаналитического исследования.

Главный редактор и издатель серии *Л.М. Кроль*

Научный консультант серии *Е.Л. Михайлова*

ISBN 0-300-04701-0 (USA)

ISBN 5-86375-023-5 (РФ)

© 1990, The American Psychoanalytic Association

© 2000, Независимая фирма “Класс”, издание, оформление

© 2000, А.М. Боковиков, И.Б. Гриншпун, А. Фильц, перевод на русский язык

© 2000, М.В. Ромашкевич, предисловие

© 2000, В.Э. Королев, обложка

www.kroll.igisp.ru

Купи книгу “У КРОЛЯ”

Исключительное право публикации на русском языке принадлежит издательству “Независимая фирма “Класс”. Выпуск произведения или его фрагментов без разрешения издательства считается противоправным и преследуется по закону.

ОТ РЕДАКТОРА РУССКОГО ПЕРЕВОДА

Отечественный читатель уже знаком со “Словарем по психоанализу” Ж. Лапланша и Ж.-Б. Понталиса, изданным в Москве в 1996 г. (во Франции он вышел в 1967 г.). В свое время это был один из лучших западных психоаналитических словарей.

Тем не менее издание словаря под редакцией Б. Мура и Б. Файна для русского читателя очень актуально, поскольку это очень разные словари. В чем же их отличия? Во-первых, между годами их первых изданий прошло почти четверть века (глоссарий под редакцией Б. Мура и Б. Файна вышел в США в 1990 г.). Во-вторых, как пишет Н.С. Автономова, переводчица словаря Лапланша и Понталиса, “это французский словарь по немецкому психоанализу, в основном в его фрейдовской форме”. А данный глоссарий широко охватывает все основные научные направления в современном психоанализе. В третьих, один словарь составлен французами, а второй — американцами. Они во многом отличаются друг от друга, а люди, серьезно изучающие психоанализ должны знать и тех, и других, чтобы глубоко понимать психоаналитические концепции.

Отличия можно было бы перечислять и дальше, но вдумчивый читатель сам это увидит. Однако между этими очень разными словарями есть и сходство — это два наиболее часто цитируемых словаря во всей современной западной психоаналитической литературе.

Прочитав прекрасное вступление Б. Мура “Проблема определения в психоанализе”, читатель поймет, какие большие трудности существуют в англоязычной и вообще в мировой психоаналитической терминологии. Понятно, что русскоязычная психоаналитическая литература находится только в начале этого долгого и трудного пути к достижению однозначности понимания смысла

различных психоаналитических терминов (научного, лингвистического, символического, метафорического и проч.) и соотношения с английскими, немецкими, французскими и др. переводными терминами.

В отечественных изданиях можно встретить разные переводы одних и тех же терминов. К сожалению, иногда только ссылка на английский или немецкий оригинал дает читателю возможность разобраться. В 1910—20-е годы фрейдовский термин “Ich” был переведен с немецкого как “Я”. А в 1980—90-е годы этот же термин, но из англоязычных источников (Ego) переводился в виде кальки — “Эго”. До сих пор в международной психоаналитической литературе идет полемика о том, насколько адекватен английский перевод “Ego” немецкому “Ich”. В данном словаре мы оставили двойной перевод, надеясь на решение этой проблемы в будущем.

И в заключение хотелось бы выразить благодарность за содействие в издании этой книги профессору Хомеру Куртису, экс-президенту Американской психоаналитической ассоциации, председателю Комитета по российско-американскому обмену в области психоаналитического образования. Наша особая признательность за помощь в подготовке книги Л. Г. Герцику, С.Л. Герцик, М.О. Чижикову, Л.Э. Комаровой, Е.В. Жалюнене.

Итак, дорогой читатель, перед Вами самый современный и самый полный словарь по психоанализу. Этим все сказано. Это путеводитель, настольная книга любого аналитика — и начинающего, и квалифицированного.

М.В. Ромашкевич,

декан факультета психоанализа
Института практической психологии
и психоанализа

ПСИХОАНАЛИТИЧЕСКИЕ ТЕРМИНЫ И ПОНЯТИЯ

Под редакцией Барнесса Э. Мура и Бернарда Д. Файна

Редакционный совет:

Джордж Г. Видеман
Эдвард М. Вэйншел
Джюль Гленн
Лео Гольдбергер
Отто Ф. Кернберг
Сельма Крамер
Сидни Э. Пулвер
Ральф Э. Роуджтон
Ванн Спруэлл
Филлис Тайсон
Элвин Франк
Юджин Хэлперт

Консультанты:

Джейкоб А. Арлоу
Дэйл Бески
Гарольд П. Блум
Джордж Г. Клумпер

Составители:

Дэвид В. Абсе
Дэвид В. Алиен
Ренато Дж. Алманси
Сол Альтшуль
Мортон Дж. Аронсон
Салман Ахтар
Дж. Алексис Барланд
Хосе Барчилон
Фрэнсис Д. Баудри
Джером С. Бейглер
Дэйл Бески
Сидни Дж. Блатт
Питер Блос
Гарольд П. Блум
Лоуренс Д. Блум
Кристофер Боллас
Айра Бреннер
Александр Броден
Сильвия Броди
Пол Брэдли
Дэн Г. Буи
Питер Дж. Бакли
Алан Дж. Вальтцман
Эдвард М. Вейншел
Стэнли С. Вейсс
Джордж Г. Видеман
Милтон Видерман
Герберт М. Виман
Рой М. Витман
Вамик Д. Волкан

Эдвин К. Вуд
Эрнест С. Вульф
Леон Вурмсер
Рамон К. Ганзарайн
Эрик Ганн
Элен К. Гедиман
Раймонд Г. Гель
Джюль Гленн
Юджин Л. Гольдбергер
Лео Гольдбергер
Гени Гордон
Марди Дж. Горовиц
Роберт С. Грейсон
Саймон А. Гролник
Джордж Э. Гросс
Стэнли Гроссман
Джеймс С. Гротштейн
Уоррен Г. Гудмэн
Пол Грэй
Шейла Г. Грэй
Т. Уэйн Дауни
Пол А. Девад
Милтон Э. Джакови
Теодор Дж. Джекобс
Уильям Д. Джеффри
Роберт Дикес
Барбара Г. Дойч
Теодор Л. Дорпат
Иан Друккер
Дэвид М. Захс

Хьюго Дж. Зи
Стивен М. Зонненберг
Фрэнсис А. Дж. Ианни
Лоуренс Б. Индербитцен
Ричард А. Исэй
Алан Йонг
Генри Каминер
Алекс Г. Каплан
Лайла Карме
Пиетро Кастельнуово-Тедеско
Джон С. Кафка
Луи Кейвин
Вирджиния Л. Клауэр
Кэлвин А. Коларуссо
Алан Комптон
Стэнли Дж. Коэн
Сельма Крамер
Антон О. Крис
Генри Кристал
Эрик Лагер
Харви Г. Лапидес
Стивен Т. Леви
Роберт Дж. Лейдер
Ева П. Лестер
Стэнли Ливи
Луи А. Лиф
Джозеф Э. Лифшутц
Джозеф Д. Лихтенберг
Натаниэл Дж. Лондон
Джеффри Лустман
Джон Б. Макдевитт
Хьюстон Макинтош
Эдит Р. Макнутт
Маргарет С. Малер
Норман М. Марголис
Ирвин М. Маркус
Бернард К. Мейер
Ион К. Мейер
Дэвид Милрод
Айра Л. Минц
Арнольд Г. Моделл
Джеймс Л. Морис
Барнесс Э. Мур
Эдвард Г. Найт
Альфредо Намнум
Джон М. Нардо
Эдвард Нерсессян
Э. Скотт Нинингер
Джек Новик
Питер Б. Нойбауэр
Теруко С. Нойвальдер
Генри Нунберг
Венди Олескер
Стэнли Л. Олиник

Шелии Оргел
Джером Д. Оремланд
Дариус Г. Орнстон
Дэниел С. Паперник
Морис Л. Пельтц
Этель С. Персон
Эндрю Пето
Джордж Г. Поллок
Сидни Э. Пулвер
Арнольд З. Пфедфер
Генри Пэрэнс
Оуэн Реник
Дональд Б. Ринсли
Дэвид З. Ритво
Ана-Мария Риццото
Майкл Роббинс
Ф. Роберт Родман
Алан Д. Розенблатт
Герман Ройф
Джон М. Росс
Натаниэл Росс
Арнольд Ротштейн
Ральф Э. Роуджтон
Лео Садоу
Андрю Самуэльс
Чарльз А. Сарнофф
Джон Сатерленд
Натан П. Сегел
С. Уоррен Сейдес
Лорейн Д. Сиггинс
Мелвин Сингер
Джозеф Г. Смит
Чарльз В. Сокаридес
Джек Л. Соломон
Ребекка З. Соломон
Ванн Спруэлл
Мелвин Стангер
Роберт Л. Тайсон
Филлис Тайсон
Александр Тарнопольский
Э. Бартон Уайт
К. Филип Уилсон
Говард К. Уэлш
Стивен К. Файерстейн
Бернард Д. Файн
Пол Дж. Финк
Лайонел Финкельштейн
Ньюэлл Фишер
Сара Фогель
Элвин Франк
Элио Дж. Фраттароло
Ричард К. Фридман
Дэвид А. Фримэн
Дэвид Ф. Фримэн

Джон Фрош
Томас Фулмер
Мануель Фурер
Эрна Фурман
Сидни С. Фурст
Уинслоу Р. Хант
Марджори Харли
Ирвинг Б. Харрисон
Арлин Н. Хеймэн
Юджин Хелперт
Чарльз К. Хоган
Алекс Э. Холдер
Леон Хоффман
Джудит Ф. Чусед

Теодор Шапиро
Мортон Шейн
Эстелл Шейн
Сьюзен П. Шеркоу
Герберт Дж. Шлезингер
Натан Шлессингер
Говард Г. Шлоссман
Мойси Шоппер
Джордж Х. Эллисон
Джером Эннис
Арон Г. Эсман
Стюарт С. Эш
Дэниел С. Яффе

ПРЕДИСЛОВИЕ

С появлением в США после Второй мировой войны множества новых психоаналитических данных и теоретических гипотез профессионалы, ученые и просто интересующаяся публика столкнулись с потребностью понять термины и идиомы этой науки. В то время основная литература — и прежде всего работы Зигмунда Фрейда — существовала на немецком языке, а число английских переводов было ограничено. Происхождение использовавшихся терминов, многие из которых были заимствованы из повседневной речи или словарей других наук, влияло на их значение, что вело к неоднозначности при употреблении этих понятий в новом контексте. Понимание и использование психоаналитических терминов зависели от исторических, тематических или лингвистических соображений, а интерпретации часто различались. Еще одним источником неоднозначности и путаницы явилось и то, что сам психоанализ постоянно развивался.

Чтобы помочь разобраться в этой путанице, в 1967 году под эгидой Американской психоаналитической ассоциации был подготовлен и издан “Глоссарий психоаналитических терминов и понятий”. В новой редакции он был опубликован в 1968 году.

Третье издание глоссария, предлагаемое вашему вниманию, было во многом пересмотрено и расширено. Были добавлены новые термины и понятия, а многие прежние определения переработаны. В конце большинства кратких статей даны ссылки. Уже предыдущие издания представляли собой больше чем просто глоссарий, и эта книга выходит за рамки такого названия. Ее можно было бы рассматривать как компендиум или мини-энциклопедию, но это не всегда соответствует ее рубрикам. Поэтому она называется просто “Психоаналитические термины и понятия”.

Основная цель этого издания состояла в том, чтобы дать определение и объяснение терминам, но мы также стремились представить каждый термин в рабочих рамках психоаналитической теории, комментируя, по возможности, его историческое развитие и отношение к другим терминам и понятиям. Хотя эта книга основана прежде всего на фрейдовской теории, определения не опираются исключительно на труды Фрейда (за исключением тех случаев, где не были внесены никакие дополнения к тому, что было им сделано)*.

Эта книга включает в себя гетерогенную группу тем, связанных с психоанализом. В нее входят основополага-

*Критические комментарии, касающиеся происхождения и исторического развития теоретических идей и их обозначения в работах Фрейда, см. в: J. Laplanche and J.-B. Pontalis, *The Language of Psycho-Analysis* (London: Hogarth Press, 1973).

ющие понятия и их вспомогательные термины, различные психические феномены, комплексы, сверхдетерминированные психические процессы, поведенческие проявления и действия, симптомы и нозологические единицы, принципы психического функционирования и аналитического лечения. Были включены некоторые темы, обычно не считающиеся аналитическими (например, скука, зависимость, нормальность), поскольку они являются предметом интенсивного психоаналитического исследования. Кроме того, мы включили термины из трудов Карла Юнга, Мелани Кляйн и ее последователей, Уилфреда Р. Биона, В. Рональда Д. Фэйрбейрна и Д. В. Винникотта — представителей британской школы объектных отношений, а также основанной Хайнцем Кохутом школы психологии Самости.

В этой обширной области проделанная работа никогда, пожалуй, не

будет достаточной. Что касается психиатрической терминологии, читатель может обратиться к “Глоссарию Американской психиатрической ассоциации” или к психиатрическим словарям.

Определения всегда несколько произвольны. Теоретическая концептуализация сложна в любой науке. Некоторая степень абстракции необходима, но должен быть учтен и клинический материал; обобщения важны, но должно быть оставлено место и исключениям; выдвигаются альтернативные гипотезы, в которых часто используется та же самая терминология, но в другом значении, а сами понятия развиваются. В этом контексте, мы полагаем, словарь, который представляет собой больше, чем собрание кратких определений, будет служить полезной цели.

БЛАГОДАРНОСТИ

Эта книга вышла в свет благодаря усилиям многих людей. Ее подготовка осуществлена по специальному проекту Американской психоаналитической ассоциации, и редакторы благодарны Исполнительному комитету и членам ассоциации за их искреннюю поддержку. Мы особенно признательны семидесяти четырем членам ассоциации, внесшим свой вклад в предыдущие два издания, определив стандарты и стиль, который мы сохранили. В этом расширенном третьем издании порученные им темы исследовали и представили предварительные варианты определений почти две сотни членов ассоциации. Они часто выражали благодарность редакторам за возможность участвовать в этой совместной работе по совершенствованию нашего понимания психоаналитической терминологии. В свою очередь, мы хотим выразить нашу признательность за их сотрудничество. Разумеется, одни внесли больший вклад, чем другие, и особая заслуга принадлежит тем, кто предоставил статьи по нескольким темам: Ренато Алманси, Салману Ахтару, Дж. Алексису Барланду, Стэнли С. Вейссу, Милтону Видерману, Леону Вурмсеру, Полу Грэю, Стивену Т. Леви, Иону К. Мейеру, Г. Пэрэнсу, Джону Фрошу, Джудит Ф. Чусед и Стюарту С. Эшу.

За исключением подборки нефрейдистских терминов и их определений мы полагались в основном на амери-

канских психоаналитиков. Мы особенно благодарны Эндрю Самуэльсу и его коллегам Бэни Шортеру и Фреду Плату за юнгианские термины; Александру Тарнопольскому, Дональду Ринсли и Дж. Сатерленду за термины Фэйрбейрна; Мануэлю Фуреру, Джеймсу С. Гротштейну и Рамону Ганзарайну за термины Биона и Кляйн, над которыми также работала Ханна Сегал; Эрнесту Вульффу, Мортону Шейну и Эстелле Шейн за термины Кохута, а также Саймону Гролнику, Кристоферу Болласу и Ф. Роберту Родману за термины Винникотта. Редакторы, разумеется, принимают на себя всю ответственность за выбор терминов и формулировки определений, приведенных в книге.

Члены нашего редакционного совета на протяжении нескольких лет проводили многочасовые встречи с членами Американской психоаналитической ассоциации, обсуждая объем этой книги, выбирая термины, предлагая составителей и оценивая сделанное. Кроме того, они редактировали и часто перерабатывали статьи, которые относились к терминам из их сферы компетенции. Мы просили наших консультантов, чтобы они ограничивались только советами по редакционным вопросам, но их участие фактически не отличалось от участия постоянных членов совета. Как редакторы или бывшие редакторы ведущих журналов, они делились уникальными знаниями о психоаналитической

литературе, об авторах и технологическом процессе. Джордж Клумпнер по собственной инициативе внес полезные предложения, касавшиеся указателей и перекрестных ссылок. Список терминов, получивших определение в этой книге, вначале был составлен соответствующим комитетом под руководством Марка Канцера, которого затем сменили Бернард Д. Файн и Джордж Клумпнер. Мы также благодарны Марку Канцеру за его помощь при подготовке первого издания и участие в работе редакционного совета, когда началась подготовка этой книги. Помощь редакционного совета трудно переоценить, а наша совместная работа была полезной как в научном, так и в личном отношении.

Помимо этих многочисленных непосредственных участников хотелось бы выразить нашу благодарность многим другим людям за оказанное в то или иное время содействие. Юджин Коун из Нью-Хэйвена — консультант по связям с общественностью многих профессиональных организаций, включая одно время и Американскую психоаналитическую ассоциацию, — первым выдвинул идею глоссария как полезного общественного информационного инструмента. Эллен Гилберт, Дэвид Росс и Джаннет Тейлор, работницы Библиотеки им. А. А. Брилла Нью-Йоркского психоаналитического института, оказали

ценную помощь в обеспечении ссылок. Административные вопросы решались Центральным офисом Американской психоаналитической ассоциации, за что мы горячо благодарим Элен Фишер, административного директора, и ее сотрудников. Глубокой признательности заслуживают терпение и заботливое отношение, с которыми Элизабет Шолл, секретарь нашего проекта, печатала и перепечатывала беспорядочные рукописи. На протяжении всей работы над проектом у нас было два основных маяка — Глэдис Топкис, старший редактор издательства “Yale University Press”, и Лотти М. Ньюмэн. Мы хотим, чтобы миссис Топкис знала, насколько мы ценим ее умение убеждать, ободрять и проявлять выдержку, а также терпение издательства “Yale University Press” в связи с пропущенными крайними сроками. Многие авторы-психоаналитики, работавшие с миссис Ньюмэн, ценят, как и мы, ее способность выделять самое нужное, в том числе и в редакционных вопросах. Ее тактичность в высказывании своих суждений явилась уроком дипломатии, полезным для любого редактора, которому приходится иметь дело с самыми разными авторами.

**Барнесс Э. Мур
Бернард Д. Файн**

ПРИМЕЧАНИЕ РЕДАКТОРА

Эта книга придерживается обычной формы словаря с темами, расположенными в алфавитном порядке. По возможности основное понятие сделано предметом статьи, в которой определяются само это понятие и все дополнительные термины и обсуждаются их взаимосвязи. Если дополнительные термины включают в себя название основного понятия, они не вносятся в список отдельно, а определяются в статье о центральном понятии. (Например, *выбор объекта* и *объектные отношения* обсуждаются в статье, определяющей термин “объект”.) Другие вторичные термины в алфавитном порядке внесены в список основного текста, и читатель отсылается к теме, в которой им дается определение. Все термины, которые определены в других статьях, напечатаны курсивом, чтобы облегчить их поиск.

Терминология каждой психоаналитической школы представлена в разделе, посвященном этой школе, однако термины расположены также в алфавитном порядке в основном тексте и отсылают читателя к соответствующему разделу.

Мы пытались сделать определение каждого понятия самодостаточным, однако краткое обсуждение не может отвечать нуждам серьезного ученого; поэтому в конце каждой статьи дают-

ся ссылки на взаимосвязанные термины в этой книге, а также ссылки на другие работы по данному вопросу. Благодаря ссылкам термин включается в более широкий контекст, что позволяет читателю получить более детальные определения некоторых соподчиненных терминов. Ссылки указывают также на тесно связанные термины или темы, которые добавляются к имеющемуся определению. Ссылки на публикации в конце каждой статьи относятся к первоисточнику термина, к статьям, в которых рассматривается данный предмет, или к статьям, в которых выражается особая точка зрения. Эти ссылки, хотя и немногочисленные, позволяют читателю расширить свое знание терминов, представленных в настоящем издании.

Работа над большинством тем осуществлялась несколькими авторами. Редакторы и члены редакционного совета совместно работали над представленными предварительными вариантами, чтобы добиться единой концептуализации каждого термина. Нам казалось, что этот план, который хорошо себя зарекомендовал в первоначальном глоссарии, должен был обеспечить единообразие стиля, объема и качества. Таким образом, поскольку статьи являются составными, они не имеют подписи.

ПРОБЛЕМА ОПРЕДЕЛЕНИЯ В ПСИХОАНАЛИЗЕ

Каждая профессиональная область имеет специальный словарь, чтобы описывать и категоризировать свои наблюдения, выдвигать гипотезы о взаимосвязи явлений и концептуализировать возможные объяснения. Эти языки, как правило, развиваются постепенно и несколько бессистемно, путем приращения. Систематизацией можно заниматься только позже, когда накопилось достаточное количество наблюдений и стали очевидными организующие и интегрирующие общности. Между тем некоторые термины приобретают различные значения, тогда как другие группы слов обозначают по существу одно и то же. Поэтому время от времени профессионалы должны обращаться к словарям, которые они используют, и пытаться разобраться в различных значениях терминов, которые они приобрели.

Психоанализ не является исключением в этом процессе; поэтому неудивительно, что в прошлой половине столетия постоянно появлялись новые компиляции психоаналитических терминов. Хотя сам Фрейд не определял систематически термины, он охотно оказывал помощь Рихарду Ф. Штербе, чья подготовка "Настольного словаря психоанализа" (1936—1937), к сожалению, была прервана Второй мировой войной. Эрнест Джонс попытался создать "международный словарь", который был бы избавлен от разного рода идиосинкра-

зических коннотаций (Ornston, 1985b, 1988). Фрейд не вмешивался в выборы Джонса и избегал большинства терминов из его международного словаря, однако собрания Комитета по глоссарию под председательством Джонса во многом повлияли на выборы Джеймса Стрейчи при переводе. С тех пор появилось множество компиляций, каждая с несколько отличной концепцией (Ford and Gaynor, 1950; English and English, 1958; Moore and Fine, 1967; Laplanche and Pontalis, 1967; Rycroft, 1968; Eidelberg, 1968; Nagera, 1969—1971; Wolman, 1977). Некоторые из этих работ, например "Словарь психоанализа" Лапланша и Понталиса, включают в себя не только определения, но и исторические комментарии, дополненные ссылками и цитатами. Эти последовательные попытки определить психоаналитическую теорию отражают неудовлетворенность существующими подходами, а также потребность в учете развивающейся теории.

Фрейд часто менял свои теоретические выводы на основе последующих наблюдений (например, он отказался от теории совращения, подверг ревизию теории влечений и тревоги и использовал последовательные модели психики). Обычно он не стремился разьяснять новую теорию в сравнении с прежней и уделял мало внимания систематизации теории. Однако некоторые из его

непосредственных последователей, в частности Хайнц Гартманн, Эрнст Крис, Рудольф М. Лёвенштейн, Отто Фенихель, Давид Рапапорт, Мертон М. Гилл, Эрик Эрикссон и Эдит Якобсон, потратили немало сил на эту “уборочную” работу. Такие проблемы, как место психоанализа в науке (Hook, 1959), формирование психоаналитической теории (Waelder, 1962, Basch, 1973) и модели психики (Abrams, 1971; Gedo и Goldberg, 1973), вызывали постоянный интерес у психоаналитиков.

Главным образом теоретики занимались объяснительной ценностью психоаналитических конструктов и их эпистемологическим соответствием. Мы не можем полностью игнорировать такие вопросы, но они не являются предметом нашего непосредственного интереса. При подготовке глоссариев или компендиумов первоочередной целью является то, что Баш назвал “выражением” (1973, с. 47), а Лангер — “представлением идеи с использованием точных и верных слов” (1962, с. 78). Историческое развитие идеи, даже релевантной, невозможно проследить полностью. Стандартизация терминов необходима для изучения, исследования и развития теории; и невозможно сравнить данные без общей системы координат, общего языка, который коллеги используют сейчас и будут использовать в будущем, чтобы передать специфическое значение с помощью символов, отражающих одни и те же явления. Словари и глоссарии облегчают передачу знания начинающим благодаря конденсации значений понятий, приобретенных в течение долгого времени, интеграции более поздних значений с более ранними и помогают определить нынешний статус специфических терминов и понятий.

Однако было бы несправедливо по отношению к читателю расхваливать ценность таких работ, не указав также на некоторые трудности в определении

психоаналитических терминов — трудности, которые, вопреки всем намерениям, могут повлиять на разъяснение значения. Они включают в себя проблему перевода, поскольку Фрейд и многие его ранние последователи писали по-немецки, выбор терминов и определение места, которое следует предоставить каждому из них, чтобы отразить их относительную важность, выбор авторов и рецензентов и модификации устаревшей теории. Наконец, как указывал Куби (1972), имеются ошибки в самом языке, и мы должны стараться избегать неправильного употребления слов, чтобы не допустить закрепления неоднозначных и ошибочных понятий, вводя их в свой обиход.

Зигмунд Фрейд сделал исходные наблюдения, концептуализировал психические процессы и — намеренно или нет — изобрел терминологию для своей новой глубинной психологии. Несмотря на прогресс в психоанализе, отраженный в современной литературе, по-прежнему важная цель английских лексикологов состоит в том, чтобы наиболее точно определить значения терминов, первоначально выраженных на идиосинкразическом немецком языке. Трудности этой задачи возросли вследствие искажений со стороны различных переводчиков Фрейда, усилиями которых мешали структурные трудности самого перевода и уникальные различия между английским языком и немецким, особенно с точки зрения научной терминологии.

Согласно принципу лингвистической относительности Сапира-Ворфа, структура языка влияет на то, как человек воспринимает действительность и, исходя из этого, себя ведет (Carroll, 1956). Во введении к своему “Критическому словарю психоанализа” Райкрофт отмечал, что “нечто существенное происходит с идеей или теорией, когда она перево-

дится на другой язык” (1968, с. XII). Райкрофт на примерах показывает, что трудности обусловлены не только отдельными словами, но также лингвистической структурой и привычными способами мышления, которые зависят от культуры, эпохи и языка.

Помимо этих структурных различий между языками существуют трудности, обусловленные идиосинкретическим использованием терминов и неумышленной подменой их значения переводчиком. То, что Фрейд получил Премию Гёте по литературе, свидетельствует о его умении удачно использовать слова при изложении своих идей, но его уникальный стиль не мог не получить повреждения на минных полях перевода. Фрейд заимствовал терминологию из психологической, психопатологической и нейрофизиологической науки своего времени и часто обращался к обычным словам. Используя разнообразные лингвистические методы, чтобы передать сложную и не поддающуюся определению работу бессознательных психических процессов, “он, так сказать, создает общее впечатление, знакомый образ или биологическую аналогию, постепенно добавляет новые значения и очищает вопросы от своих первых сравнений... [используя слова], чтобы создать резонанс между некоторыми скорее диффузными чувствами [между пациентом, аналитиком и читателями] и дать место своим поразительным метафорам” (Ornston, 1982, с. 412—415). “Постоянно меняя свой язык, он обогащал и прояснял свои представления о том, что он называл описательными координатами и организующими абстракциями” (с. 410). Концептуальная непоследовательность Фрейда, выраженная в поэтической игре слов — каламбурах, иронии и персонификации механизмов, инстан-

ций и аппаратов, — придавала многозначительность и гибкость его сочинениям, которые позволяли ему высказывать несколько разных вещей одновременно. Таким образом, Фрейд излагал свои концепции, мастерски используя яркий и эмоционально неотразимый язык, вызывающий у читателя ощущение близости проблемы. Он не придерживался точного определения технических терминов.

В обширной литературе на многих языках исследуются собственные источники и стиль Фрейда, а также изменения, внесенные его переводчиками и интерпретаторами. Не затрагивая выводов, которые пока еще являются спорными, я подытожу некоторые из многих признаваемых сегодня проблем*.

Исследовательский метод Фрейда постоянно менялся, и он осмысливал бессознательное самыми разными способами, которые позволяют читателю держать в памяти одновременно несколько образов. Стрейчи и другие английские переводчики последовательно заменяли аффективно окрашенные, обиходные немецкие слова, использовавшиеся Фрейдом, абстракциями, производными от слов из греческого или латинского языка, и меняли динамические, активные конструкции Фрейда на статичные и пассивные. Стрейчи игнорировал также описание Фрейдом его собственных идей как способов мышления о бессознательных и психических процессах. Стрейчи свел описание Фрейда к общепотребительным, избоблюющим значениями о пространстве, структуре и силах, генерирующей энергию. Фрейд часто использовал одно и то же слово в разных значениях и прибегал к разным словам для описания близких идей. В попытке систематизации Стрейчи полностью изменил

*Я очень признателен доктору Дариусу Орнстону за письменную справку, в которой дается резюме его различных работ, посвященных исследованию влияний на принадлежащий Стрейчи перевод трудов Фрейда.

эту тенденцию. Таким образом, переводы Стрейчи выглядят более механистическими и структурированными, чем немецкая проза Фрейда, и являются искусственно научными. Хотя в своем общем предисловии к “Стандартному изданию” Стрейчи указывал на понимание им трудностей перевода, тем не менее он, по-видимому, считал свое собственное прочтение психологии Фрейда единственно верным и полагал, что дал “правильное истолкование понятиям Фрейда” и что его перевод избавлен от его собственных теоретических представлений (Strachey, 1966, с. XIX, Ornston, 1985b, с. 394).

Здесь мы должны учитывать опасность, подстерегающую наши усилия. Мы определяем понятия, которые чаще всего первоначально были задуманы Фрейдом на немецком, потом профильтрованы через Стрейчи, а затем были изменены работой нескольких поколений ученых, говоривших на разных языках. Понятия видоизменились, они больше не являются первоначальными идеями Фрейда. Мы также должны иметь в виду то, что определения являются сконденсированными интерпретациями многих людей, аналогичными последующим переводам. В результате ошибки сделанного Стрейчи перевода Фрейда могли усугубиться, но тем не менее они отражают нынешний статус психоанализа. Со времен Аристотеля считается, что определение должно выражать сущность понятия. Интерпретация и конденсация упрощают термины, помогая тем самым пониманию. Однако упрощение может также устанавливать терминам слишком узкие или слишком свободные рамки. Поэтому, хотя несущественное и должно быть устранено, определения психоаналитических понятий часто идет на пользу некоторое дополнительное пояснение. В этой книге мы попытались найти оптимальный ба-

ланс; это означает, что многие наши определения по своему объему выходят за рамки глоссария и являются небольшими статьями.

Выражая идеи Фрейда и других психоаналитиков, мы должны иметь в виду, что, как подчеркивает Шефер, “давать определение — это значит также создавать и навязывать... В той степени, в какой мы связываем между собой или приравниваем такие названия, как, например, женственность и пассивность, мы оказываем глубокое и стойкое формирующее воздействие на то, что будет считаться женским или пассивным” (Schafer, 1974, с. 478). Процесс отбора терминов и понятий и определение того, сколько места отвести каждому из них, сопряжены с подобным риском увечевания ошибок теоретизирования. Например, посвящение большой статьи относительно маловажной теме придает ей чрезмерное значение. Кроме того, наши “авторитетные” переформулировки теорий Фрейда могут отразиться на обучении, если в них будут доказываться устаревшие представления. Таким образом, хотя и можно согласиться с тем, что исторические императивы требуют представления идей Фрейда в их первоначальной форме, точно так же необходима некоторая коррекция устаревшей теории, если мы хотим избежать неверного восприятия нынешнего статуса психоанализа. Определения и комментарии в “Словаре психоанализа” Лапланша и Понталиса (1973), например, являются неоценимыми для ученых в том, что они точно указывают психоаналитическую гавань, из которой отправились на корабле различные международные движения; к сожалению, некоторые из концептуальных судов построены по моделям времен Первой мировой войны и могут затонуть при серьезном испытании.

Но кто должен решать, что отобрать и что исправить? Жан Бергер (1985)

призвал к учреждению Психоаналитического научного совета, открытого для ученых всех стран, чтобы создать хотя бы минимум условий, необходимых для научных дебатов. Однако все прежние попытки добиться международного консенсуса в определениях не обнадеживают. Вместо этого мы решили по возможности выбрать одного или нескольких авторов, которые изучали предмет или продемонстрировали образцовую ясность в понимании или разъяснении. Многие из работ этих авторов, неизбежно включавшие в себя разные переводы и интерпретации со всеми ограничениями, о которых только что говорилось, отсылались другим ученым для оценки, синтеза, пересмотра и переработки.

Общая терминология могла бы принести пользу психоанализу. Вместо этого мы обнаруживаем “все большее психоаналитическое разнообразие... плюрализм теоретических подходов, лингвистических и мыслительных конвенций, различных региональных, культурных и языковых акцентов” (Wallerstein, 1988, с. 5). Расходящиеся группы объединяются приверженностью основным концепциям Фрейда — признанием бессознательного, вытеснения, сопротивления и переноса. Чтобы извлечь все выгоды из того общего, что было выработано нами в процессе развития психоанализа, мы должны лучше понимать основные теории друг друга. Поэтому мы включили в это издание термины, возникшие в школах, которые не являются строго фрейдистскими, и выбранные на основе их относительной распространенности в мире психоаналитической литературы. В каждом случае термины были рассмотрены людьми, хорошо знакомыми с литературой данной школы.

Вскоре после появления первого издания этой работы Куби заметил, что глоссарии имеют тенденцию давать определения, в которых смешиваются

“количественные метафоры с количественными мерами, описание с объяснением, метафоры с гипотезами [и] адекватное значение слова с его номинативными значениями”. Он подверг критике “ошибку рассмотрения части как целого, *post hoc* ошибку смешения причины и следствия и телеологическую ошибку смешения следствия с целью” (1972). Учитывая универсальность этих явлений и эффективное использование Фрейдом метафор в изложении своих идей, утверждение Куби ведет нас к рассмотрению того, в какой мере представление теории может оказаться искажено такими тенденциями, включающими в себя не только науку, но и основные принципы самого языка. Согласно Рапопорту, “процесс передачи накопленных знаний, который Коржибский называл связью времен, совершается при помощи символов” (Rapoport, 1955, с. 63). До недавнего времени, пока шимпанзе не лишили нас лелеемой иллюзии, считалось, что использование символов является важнейшей и уникальной характеристикой человеческой расы. В отличие от сигнала, который есть не что иное, как стимул, ответ на который является обусловленным, символ вызывает ответ только по отношению к другим символам. В разных контекстах один и тот же символ может вызывать различные реакции; его нельзя определить вне контекста. Объединяясь в определенные последовательности, символы образуют язык, “символическую вселенную”, которая помогает людям воспринимать, понимать, сообщать и формировать свой внешний мир, который, в свою очередь, формируется под влиянием этого внешнего мира.

Термины, понятия, гипотезы, теории и законы, которые являются основными инструментами теоретического здания в любой науке, суть просто символы, управляемые в соответствии с правилами грамматики и логики. Будет ли

определение наполнено смыслом — вопрос семантический, обусловленный отношениями между терминами и явлениями, к которым они относятся, и не имеющий отношения к грамматике или логике. Термины определяются операционально в соответствии с наблюдаемыми воздействиями, достаточно постоянными, чтобы каждый раз, когда возникает эффект, применение термина было оправданным. Определения — это компромиссные соглашения, которые никогда нельзя путать с фактами.

Куби (1975) выступал за использование прилагательных вместо существительных при описании психических явлений; существительные, по его мнению, ведут к антропоморфическому мышлению и к материализации абстракций. Он предпочитал говорить о “бессознательном процессе”, а не о “бессознательном”. Шефер (1976) считает, что все психические феномены, такие, как действия, должны описываться глаголами и наречиями. Подобные попытки при разъяснении не предотвращают путаницы с буквальным пониманием; они также могут вести к появлению других проблем. При обсуждении абстрактных понятий мы используем слова и выражения в значении, отличающемся от того, которое принадлежит им в других случаях. Метафора, сравнение, метонимия, синекдоха и ирония используются, чтобы придать жизнь, стиль или акцент идее. Когда сравнение или метафора охватывает суть идеи, оно проявляется в определениях. В своих работах Рубинштейн (1972) и Вурмсер (1977) отстаивают использование метафоры при объяснении теории.

Метафоры, которые зависят от абстрагирования сходных признаков от несходных в остальном объектов и событий, всегда являются неоднозначными в самом конкретном смысле, будь то синонимы или нет. Однако метафорически преобразованное слово обычно

устанавливает свое собственное буквальное значение, а также придает двойное значение с минимумом выражения, абстрагирует и классифицирует благодаря конденсации. Таким образом, слова приобретают новые значения, которых до этого они вроде бы не имели. Тем самым метафоры могут компенсировать недостаточность языка и помогать его развитию. Заставляя человека искать сходства, они могут обнаруживать свойства с большей проницательностью. Простая метафора способна передать значение, которое скрывается за тем или иным сочетанием слов, увеличивая таким образом ресурсы нашего языка. Она может также указать на смысл, отчасти создавая и отчасти раскрывая внутреннее значение. Следовательно, она может передавать индивидуальность эмоции, чего нельзя сделать с помощью буквально-го языка.

Куби (1975) утверждает, что метафоры никогда не бывают более чем приближением; в лучшем случае они представляют собой лишь аналогии, которые являются частично истинными и частично ложными. Метафоры зависят от проекций внутреннего субъективного опыта. Кроме того, он считает, что все они слишком часто неверно употребляются и ведут к ошибкам при распознавании различий между метафорой и теорией. Хотя метафора может служить целям приблизительного описания, даже такое описание часто вводит в заблуждение, поскольку может приниматься как объяснение. Другие теоретики указывают, что мы не можем абстрактно мыслить, не имея метафорических моделей. Вурмсер (1977) приводит доводы в пользу употребления метафоры при изложении теории, а Валлерштейн (1988) заключает, что любая теория есть метафора.

Язык может препятствовать правильному пониманию, но мы должны пользо-

ваться тем, что доступно. Аналитический язык был бы поистине скучным, если бы ограничивался адекватными обозначениями, за что ратует Куби, или глаголами, как предлагает Шефер, или сравнениями. Хотя метафора может быть преобразована в сравнение, если ввести слова “как” или “подобно”, ее когнитивное и эмоциональное воздействие тем самым уменьшится. И если современные компьютерные модели могут более точно представить функционирование мозга, старые мышечные или гидравлические аналогии и мифологические параболы звучат правдивее в терминах переживаний и эмоций. Они связываются в символических образах с феноменами первичного процесса, и их использование способно помочь в интеграции психических процессов. Они являются существенными аспектами в человеческой коммуникации, важными факторами в привлечении внимания и облегчении понимания. И хотя мы должны стараться избегать лингвистических ловушек в психоаналитических рассуждениях, “весьма сомнительно, что пересмотр терминологии уменьшит наши проблемы, а настойчивые требо-

вания отказаться от словарей, чтобы решить научные или социальные вопросы, могут выполнять ту же функцию, какую выполняет фонарный столб для алкоголика: скорее опоры, чем средства освещения” (Begelman, 1971, с. 47). Вместо того чтобы отстаивать редуционизм, мы должны культивировать семантическое сознание, помогающее увидеть различие между символом и тем, к чему он относится, между выводом и наблюдением, между правомерным заключением и утверждением факта; короче говоря, мы должны осознавать искажения, которые неизбежно привнесит вербализация в наше восприятие. Такое осознание особенно необходимо в области научного исследования, передачи его результатов, превращения этих результатов в теорию и сообщения теории другим людям.

[13, 58, 64, 146, 177, 186, 217, 347, 405, 435, 533, 534, 537, 540, 541, 625, 631, 647—650, 711, 740, 742, 758, 760, 811, 834, 852, 864, 901, 903]

Барнесс Э. Мур

ПСИХОАНАЛИТИЧЕСКИЕ ТЕРМИНЫ И ПОНЯТИЯ

АБСТИНЕНЦИЯ (ABSTINENCE)

Технический принцип, в соответствии с которым избегание поощрения при переносе усиливает фрустрацию, способствует регрессии, облегчает выявление, распознавание и понимание невроза переноса, обеспечивая возможность проработки и структурного изменения. Многие считают принцип абстиненции одним из аспектов принципа *нейтральности*, но это отдельный технический принцип, особым образом соотносенный с фрустрацией желаний при переносе.

Правило абстиненции введено Фрейдом при обсуждении сопротивления, возникающего при переносе, и аналитической нейтральности: "Лечение, — пишет Фрейд, — должно осуществляться в условиях абстиненции. При этом я не имею в виду только физическое воздержание, равно как и депривацию всех желаний пациента; вероятно, ни один больной такого не выдержит. Напротив, в качестве фундаментального принципа я выдвигаю положение о том, что желаниям и страстям пациентки позволительно жить в ней, дабы они служили силами, побуждающими ее к работе и изменениям" (1915, с. 165).

Разногласия по поводу меры аналитической абстиненции обусловлены различными факторами: 1) неоднозначностью технических рекомендаций, приводимых Фрейдом в описаниях собственной клинической практики; 2) разногласиями по поводу того, должен ли аналитик избегать поощрения только перенесенных желаний или всех желаний вообще; 3) спорностью представлений о том, что, собственно, дает терапевтический эффект при анализе. Многие считают, что терапевтическими агентами при психоаналитическом лечении выступают только интерпретация и инсайт, тогда как другие полагают, что успех терапевтического процесса зависит от объектных или самобъектных отношений с аналитиком.

См. *нейтральность*.
[286, 298, 689, 893]

АВТОМАТИЗМЫ Я (EGO AUTOMATISMS)

Функции Я, представленные прежде всего моторной активностью, не сопровождающейся сознательным и направленным на них вниманием. Они становятся предсознательными, то есть не осознаются, но легко могут стать осознанными. Примерами здесь могут служить управление автомобилем, печатание на пишущей машинке, владение теннисной ракеткой и др.

Патологические автоматизмы обуславливаются бессознательными потребностями и не соответствуют реальной ситуации. Они проявляются при психотических состояниях, таких, как шизофрения (например, *экология* — автоматическое повторение произнесенной кем-то фразы) и при других измененных состояниях сознания, когда индивид, не осознавая своих действий, включается в сложные паттерны поведения.

АВТОНОМИЯ (AUTONOMY)

Состояние саморегулируемости и независимости. Термин введен Гартманном и с тех пор применяется в психоаналитической литературе для обозначения относительной свободы функций Я от влияний влечений и последующего конфликта. Некоторые функции относительно устойчивы по отношению к инстинктивным силам, среди них восприятие, движение (ходьба, использование рук и т.п.), намерение (планы, предвидение, выбор целей), интеллект, мышление, речь. Об этих функциях говорят, что они обладают первичной автономией. Их развитие относительно независимо от мощного влияния сексуальности и агрессивности, чего нельзя сказать о таких функциях, как объектные отношения, защиты и т.п. Но необходимо подчеркнуть относительность такой автономии. Современные исследования показали, например, что понимание процессов восприятия сильно обедняется без учета инстинктивных импульсов и защитных действий: реальность, данная в восприятии, не является

простым отражением фиксированной внешней реальности.

Вторичной автономией обладают формы поведения, возникающие как защита против инстинктивных влечений, но в ходе развития освобождающиеся от их влияния. В качестве примера можно привести индивида, восстающего против авторитарного отца (которому он бессознательно стремится подчиниться), но в процессе развития трансформирующего свой протест в конструктивную социальную критику. В конечном итоге его протест полностью освобождается от пассивности и реактивных образований, в которых он был выпестован.

См. функции Я, Я.
[408, 413]

АГРЕССИВНАЯ ЭНЕРГИЯ (AGGRESSIVE ENERGY)

См. психическая энергия.

АГРЕССИЯ (AGGRESSION)

Агрессивное влечение (Aggressive Drive)

Выраженное физически или вербально стремление подчинить себе других либо доминировать над ними. Агрессия может выражаться непосредственно, как при открытой атаке во время военных действий или в контролируемой ситуации спортивных состязаний; она может быть косвенной и замаскированной, проявляясь в форме шуток или гиперопеки со стороны затаивших обиду родителей; она может проявляться пассивно, когда, например, намеренно затягивается решение какого-нибудь дела с целью кому-либо помешать; она может быть обращена на себя в виде саморазрушительных или суицидальных тенденций. Хотя этот термин обычно употребляется для обозначения враждебных или разрушительных намерений, иногда его используют в более широком плане, распространяя на действия, порожденные инициативностью, честолюбием или просто отстаиванием своих прав. Иногда подобные действия обозначаются как самоутверждение, дабы

подчеркнуть, что они побуждаются невраждебной мотивацией.

Все перечисленные формы описываются некоторыми аналитиками как открытые и явные поведенческие проявления агрессивного влечения, модифицированного функциями Я. Остается дискуссионным вопрос о том, являются ли агрессивные влечения врожденными и изначально враждебно-деструктивными по отношению к объекту, на который они направлены (при этом внешне невраждебные инстанции — самоутверждение — представляют собой в действительности результат нейтрализующего влияния функций Я), или же агрессивные влечения есть производное от изначально невраждебных активных стремлений, служащих саморегуляции и адаптации и становящихся враждебными и деструктивными вследствие фрустрации и конфликта. В поздних теоретических работах Фрейд пытался обосновать агрессию как проявление врожденного саморазрушительного влечения к смерти, однако это представление не получило широкого признания психоаналитиков. Тем не менее в теории Кляйн агрессивному влечению приписываются доминирующие и изначально деструктивные свойства, в нем видится основной источник как конфликтов, так и личностного развития.

Агрессивные влечения и либидо понимаются как первичные инстинктивные влечения. Однако до сих пор остается неясным, представляют ли собой агрессивность и либидо при рождении отдельные формы энергии влечений, сливающиеся в процессе развития, или же они нераздельны и лишь позже эволюционируют в две отдельные целостности. Представляется вероятным, что агрессивные влечения постепенно изменяются, приобретая характерные формы на оральной, анальной и фаллической стадиях. Согласно некоторым теоретическим построениям, при таком прогрессирующем развитии происходит все большее слияние либидинозных и агрессивных импульсов, и тем самым разрушительные проявления агрессии ограничиваются, что приводит к обеспечению Я нейтральной энергией, необходимой для функционирования — нормального либо патологического. В то же время Я присваивает агрессию Оно и овладевает ей, ставя на службу возрастающей по сложности адаптации. Следует добавить,

что особенности агрессивных компонентов эдипова комплекса непосредственно влияют на процесс структурирования Сверх-Я.

Таким образом, агрессия, будучи одновременно источником как интрапсихического конфликта, так и его разрешения, играет важную роль в развитии личности. Агрессивные влечения могут использоваться в качестве защиты от либидинозных конфликтов, равно как и сами могут быть зошищены либидинозными желаниями и фантазиями. Поскольку агрессивные влечения и адаптивные или защитные функции Я нередко пребывают в конфликте, существуют как нормальные, так и патологические образования, в которых функции Я позволяют агрессивным влечениям проявляться гармонично и бесконфликтно. Проявления агрессивных влечений различаются по интенсивности от невраждебных влечений к самоутверждению и самосохранению, на последующих уровнях воплощаясь в раздражительность, злобность и нетерпимость — вплоть до крайней степени бешенства и неистовства, смертельной ярости. Такие проявления влечений различаются также по степени осознанности и могут стимулировать использование различных защитных и адаптивных механизмов.

См. *инстинктивные влечения, конфликт, Оно, теория либидо*.
[235, 422, 428, 677, 791, 828].

АДАПТАЦИЯ (ADAPTATION)

Способность успешно и приемлемым образом взаимодействовать со средой. Хотя адаптация предполагает разумный конформизм в отношении реалий внешнего мира, во многих случаях она включает также активность, направленную на изменение либо адекватный контроль среды. Термином "адаптация" обозначаются как состояние соответствия между индивидом и средой (*адаптированность*), так и психические процессы, ведущие к такому состоянию. Если индивид изменяет среду соответственно своим нуждам и желаниям, эти процессы называются *аллопластическими*; если же вследствие восприятия внешнего мира происходят модификации внутреннего или психического мира, говорят об *аутопластических* процессах.

Можно сказать, что психоаналитическая теория развития по существу есть рассмотрение, описание, изучение и объяснение процесса онтогенетической адаптации. Успешная и все более совершенная адаптация рассматривается в качестве одного из критериев здорового функционирования Я, поскольку указывает на гармоничность взаимоотношений между Я, Оно, Сверх-Я и внешним миром. Формирование характера включает интернализацию стабильных защитных аспектов среды и возрастание возможностей и способности модифицировать среду.

В психоанализе развернутое представление об адаптации было впервые изложено Гартманном (1939). "Адаптация проявляется в виде изменений, которые индивид производит в среде... равно как адекватных изменений собственной психической системы. И здесь вполне уместно представление Фрейда относительно аллопластических и аутопластических изменений" (с. 26). Гартманн описал, кроме того, третью форму адаптации — выбор новой среды, где сочетаются аллопластическое и аутопластическое изменения. Он пишет: "Человека мы считаем хорошо адаптированным, если его продуктивность, его способность радоваться жизни, его психическое равновесие не нарушены" (с. 23). С точки зрения психоанализа важнейшим аспектом среды является психосоциальный (интерперсональный), включающий значимых для данного индивида людей из его окружения.

Еще одним важным принципом адаптации, нашедшим освещение у Гартманна, является *изменение функции*. Для оценки адаптивной значимости определенного поведения аналитику необходимо отличать существующую на данный момент функцию этого поведения от той, что была изначально при его возникновении, поскольку функции поведения часто изменяются в процессе адаптации, и в конечном счете поведение может служить целям, отличным от изначальных. Знание о том, что функции изменяются, поможет избежать так называемой *генетической ошибки*, то есть упрощенного допущения о том, что поведение индивида в настоящем непосредственно проистекает из прошлого.

Адаптация представляет собой главное понятие, связывающее психоанализ и пси-

хологию с биологией. Адаптацию с ее активным и пассивным компонентами следует четко отличать от приспособления, являющегося, по сути, пассивным аутопластическим феноменом.

См. генетическая ошибка, изменение функции, характер.

[408, 419, 612, 852, 866]

АДАПТИВНЫЙ ПОДХОД (ADAPTIVE VIEWPOINT)

См. метапсихология.

АКТИВНОСТЬ/ ПАССИВНОСТЬ (ACTIVE/PASSIVE)

В обычном употреблении — характеристики поведения, указывающие на интенсивность физических усилий, направленных на достижение цели. В этом же смысле термины употребляются и в психоанализе. Они используются также для указания на степень психической активности, хотя чаще применяются как характеристика цели инстинктивного влечения. Цель активна, если субъект ищет объект, способный удовлетворить его (субъекта) агрессивные желания и потребности. Цель пассивна, если субъект стремится к тому, чтобы кто-то другой удовлетворил желания за его счет, то есть стремится стать объектом любви или агрессивного отношения. Такая характеристика инстинктивной цели не зависит от степени физических или психических усилий, направленных на достижение активной или пассивной инстинктивной цели. Так, индивид, чья цель пассивна, может прилагать значительные усилия, чтобы соблазнить или спровоцировать другого разрядить дериваты своих инстинктивных влечений на данного индивида. В этом смысле такой индивид активен. И активность, и пассивность могут рассматриваться в континууме “норма-патология”; то и другое выражает гамму желаний от стремления к реципрокному активному ответу до патологического желания стать объектом садистских воздействий. Реципрокность, в частности, очевидна при садомазохистских и эксгибиционистских/вуайеристских интеракциях. При этом сле-

дует отличать активные цели и акты, способствующие саморегуляции, реалистичности, познанию (они адаптивные), от агрессивности целей и актов, являющихся деструктивными.

Термин “пассивность” используется также для описания неактивных телесных состояний, допускающих, однако, активность в психическом смысле. В младенчестве при внешней пассивности происходят весьма активные психические процессы, связанные, в частности, с развитием восприятия и формированием памяти. Активность и пассивность, взаимодействуя, способствуют созреванию функций, регулируемых Я. В процессе нормального развития у ребенка все более активно проявляются те функции, которые ранее проявляли взрослые; постепенный переход от пассивности к активности очевиден в сфере локомоции, питания, в развитии речи, контроля над импульсами. Посредством активного повторения в сновидениях, воспоминаниях, мыслях, фантазиях, аффектах, действиях того, что ранее переживалось пассивно (независимо от того, приятно это было или нет), Я старается овладеть внешней и внутренней стимуляцией, то есть продуцировать и контролировать причины и следствия. Полярность рассматриваемых понятий относится, таким образом, не только к инстинктивной направленности, но и к проявлениям Я, играющим важную роль в образовании защитных механизмов и структуры характера. Опыт пассивных переживаний в младенчестве может иметь решающее значение для зарождающегося образа тела, а также для последующего развития “высоты” порога активной борьбы в эдиповой и эдиповой фазах и тем самым — для формирования характера.

Хотя активность нередко отождествлялась с мужественностью, а пассивность с женственностью, ныне такие ассоциации рассматриваются как далеко не точные и лишь вводящие в заблуждение. Просто формы проявления этих черт у обоих полов могут быть разными. Так, физическая активность, которую часто считают желательной у мальчиков, может побуждаться бессознательным желанием получить пассивное либидинозное или агрессивное вознаграждение. Явная пассивность, ошибочно воспринимаемая как признак контроля импульсов, может на самом деле проистекать из защитного отказа от садистских или мазохист-

ских фантазий или побуждений. Поэтому для понимания клинического смысла активности и пассивности необходимо знать бессознательные цели субъекта в связи с существующими на данный момент требованиями и конфликтами Оно и Сверх-Я.

Данные термины используются также для описания структурных понятий — Оно, Я и Сверх-Я, — которые в разное время могут быть либо активными, либо пассивными по отношению друг к другу. Так, Я может выполнять активную роль по отношению к Оно, контролируя высвобождение инстинктивных влечений последнего. С другой стороны, подавленное инстинктивными влечениями, Я переживает разрядку пассивно. Такое использование терминов, однако, представляет собой известное упрощение и поэтому подвергается критике.

См. агрессия, мужественность/женственность, садомазохизм.
[139, 203, 233, 285].

АКТУАЛЬНЫЙ НЕВРОЗ (ACTUAL NEUROSIS)

Этот термин использовался Фрейдом для обозначения определенных невротических симптомов, отличающихся от таковых при психоневрозах (истерии, фобиях и неврозе навязчивости) по трем основаниям: 1) причиной актуального невроза является сексуальная жизнь индивида в настоящее время (немецкое слово "aktual" означает "нынешний"), в то время как психоневроз связан с событиями раннего детства; 2) этиология актуального невроза соматическая, психоневроза — психическая (симптомы актуального невроза представляют собой физиологические реакции в ответ на имеющиеся в настоящее время нарушения в сексуальной жизни и не предполагают участия психодинамических механизмов, участвующих в формировании симптомов при психоневрозах); 3) актуальные неврозы не поддаются психоаналитическому лечению.

Из круга явлений, отнесенных Бирдом к неврастению, Фрейд в 1894 году выделил два, названных им актуальными неврозами: *собственно неврастению и невроз страха*. С собственно неврастений, рассматриваемой Фрейдом как следствие неумеренной мас-

турбации, соотносятся такие симптомы, как усталость, головные боли, желудочно-кишечные нарушения, включая запоры, порезезии и проявления сексуальной слабости. Клиническая картина невроза страха включала раздражительность, беспокойство, состояния тревожного ожидания, приступы тревоги, фобии, головокружение, тремор, потливость, нарушения дыхания, тошноту, учащенное или неритмичное сердцебиение, диарею, нарушения сна. С точки зрения Фрейда, у пациентов с неврозом страха препятствия необходимым для индивида частоте, регулярности и качеству разрядки нарушают интеграцию психических и соматических функций во время полового акта. Отторжение соматического сексуального возбуждения от психической сферы предположительно блокирует либидо и трансформирует его в страх с автономными висцеральными и моторными проявлениями. Таким образом, концепция актуального невроза связывалась Фрейдом с его токсикологической теорией страха, предполагающей физиологическую (в противоположность первично психологической) основу возникающих симптомов.

Несмотря на то что Фрейд никогда окончательно не расставался с понятием актуального невроза, сегодня это понятие уходит из аналитической нозологии, поскольку, хотя факторы настоящего и могут выступать в качестве причин ускорения событий, аналитик почти всегда способен обнаружить в симптоме символическое выражение предшествовавшего конфликта. Когда либидинозные потребности не находят выхода в связи с защитным конфликтом, могут появиться неспецифические симптомы; то есть психоневроз может сопровождаться своего рода вторичным актуальным неврозом. Современные клинические наблюдения показывают, что недостаток сексуального удовлетворения может приводить к раздражительности, напряженности, необъяснимой усталости и т.п. Наконец, следует отметить, что симптомы, сходные с проявлениями актуального невроза, причиной которого Фрейд считал неудовлетворение сексуальных потребностей, могут возникать и в результате защитного подавления агрессивности.

См. невроз, психоневроз.
[210, 541, 596, 642]

**АЛЕКСИТИМИЯ
(ALEXITHIMIA)**

Когнитивный стиль, а также аффективное нарушение, наблюдающееся обычно у пациентов с психосоматическими, аддитивными и посттравматическими расстройствами. Типичной для алекситимии является плохая дифференциация и вербализация аффектов, утрачивающих свои сигнальные функции (неэффективность коммуникации). Например, психосоматические пациенты зачастую игнорируют сигналы о соматическом либо психическом неблагополучии, что внешне проявляется в стоицизме, иногда сопровождающемся застывшими позами и “деревянным” выражением лица. Аддитивные больные особенно боятся соматических симптомов и стараются блокировать их с помощью химических веществ. Пациенты с посттравматическими нарушениями нередко не способны испытывать чувство радости (состояние, известное под названием *ангедония*).

Лицам с проявлениями алекситимии свойственно в высшей степени конкретное мышление, и они могут казаться приспособленными к требованиям реальности. Однако во время психотерапии когнитивные нарушения становятся очевидными: пациенты монотонно и подробно излагают тривиальные, хронологически упорядоченные поступки, реакции, события обыденной жизни. В целом им недостает воображения, интуиции, эмпатии и направленной на удовлетворение влечений фантазии, в особенности соотносимой с объектом. Они ориентируются прежде всего на вещественный мир, а к себе относятся как к роботам. Указанные особенности являются серьезным препятствием для проведения психоаналитической психотерапии. Вместе с тем частые обострения психосоматического недуга или злоупотребления лекарственными веществами заставляют таких пациентов прибегать к психотерапии.

Термин “алекситимия” введен Сифнеосом в 1967 году, а в дальнейшем уточнен и разработан им в 1970 году совместно с Немиа. В обширной литературе, где используется это понятие, иногда высказывается мнение, что речь идет о проявлении первичного нейроанатомического дефекта; другие, однако, указывают на различные психоло-

гические проблемы, как первичные, так и вторичные. Макдугалл и соавторы полагают, что с психоаналитической точки зрения феномен алекситимии следует рассматривать как группу защитных механизмов, возникающих при развитии и тесно связанных с отрицанием и расщеплением. Сходная группа защит, описанная в 1963 году Марти и его французскими соавторами, была ими названа “*la pensée opératoire*”.

См. *ангедония, защита, отрицание, расщепление.*

[530, 594, 597, 634, 781, 836]

**АЛЛОПЛАСТИЧЕСКАЯ
АДАПТАЦИЯ
(ALLOPLASTIC ADAPTATION)**

См. *адаптация*

**АЛЬФА-ФУНКЦИЯ
(ALPHA FUNCTION)**

См. *теория Биона.*

**АЛЬФА-ЭЛЕМЕНТЫ
(ALPHA ELEMENTS)**

См. *теория Биона.*

**АМБИВАЛЕНТНОСТЬ
(AMBIVALENCE)**

Термин обозначает одновременное существование противоположных чувств, установок, стремлений, проявляемых в отношении других лиц, предметов, ситуаций. При таком широком понимании амбивалентность представляет собой универсальный и не слишком существенный феномен, поскольку привязанность часто осложнена враждебными чувствами, а многие враждебные отношения смягчаются привязанностью. Однако когда сила этих конфликтных чувств достигает уровня, при котором то или иное действие представляется неизбежным и в то же время неприемлемым, предпринимается некий защитный маневр, часто напрямую ведущий к психическому заболеванию (на-

пример, к психозу либо неврозу навязчивых состояний). При таких обстоятельствах амбивалентность вытесняется. Это означает, что только одно из конкурирующих чувств допускается в сознание. Чаще вытесняется враждебность, но иногда — привязанность. Успешное выявление вытесненного компонента и успешная демонстрация его пациенту обычно усиливают терапевтический эффект.

При обсуждении активных и пассивных тенденций анально-садистской организации парциальных влечений Фрейд (1905), указав на Блейлера как автора понятия и концепции амбивалентности, высказал мнение, что амбивалентность характеризуется примерно одинаковым уровнем противоположных влечений. Это понятие он использовал также при рассмотрении одновременного положительного и отрицательного переноса (1912). Абрахам (1924), обосновывая разграничение *доамбивалентных, амбивалентных и постамбивалентных* объектных отношений, использовал представление о сосуществовании любви и враждебности. Ранняя оральная стадия рассматривалась им как доамбивалентная, в то время как более поздняя стадия, связанная с кусанием, оценивалась как амбивалентная. Амбивалентность характеризует также анально-садистскую стадию. Генитальная стадия проявляется тогда, когда ребенок становится способным психологически щадить объект, оберегая его от разрушения. Эта стадия обозначается как постамбивалентная. Амбивалентность является одним из важных элементов теории Кляйн, высказавшей идею о том, что амбивалентно воспринимаемый объект расщепляется на “плохой” и “хороший”.

См. инстинктивные влечения, компонентные влечения, перенос, психосексуальное развитие.

[7, 256, 273]

АМНЕЗИЯ (AMNESIA)

Потеря памяти или — буквально — отсутствие памяти; может иметь психогенное либо органическое происхождение. Вслед за физической травмой, когда вследствие

сотрясения или более тяжелого повреждения нарушается церебральная функция, может возникнуть как ретроградная, так и антероградная амнезия. Другими факторами возникновения амнестических расстройств являются старость, инфекция и интоксикация (включая алкогольную). При алкогольном психозе, известном как синдром Корсакова, может возникнуть *парамнезия* (расстройством памяти, при котором смешиваются реальные факты и фантазии), сопровождающаяся компенсаторным заполнением провалов памяти, известным как *конфабуляция*. Психогенная амнезия является защитным процессом, направленным на то, чтобы посредством искажения воспоминаний совладать с эмоционально травмирующими переживаниями. В настоящее время такое защитное искажение или блокировка памяти рассматривается как *вытеснение*, хотя изначально этот термин использовался Фрейдом в качестве обобщающего понятия для ряда защитных механизмов, в то время еще недостаточно четко дифференцированных. Он полагал также, что контркатексис необходим для того, чтобы не допускать воспоминания до сознания.

Инфантильная амнезия представляет собой провалы памяти относительно первых лет жизни. Хотя такая амнезия часто рассматривается как нормальное забывание, которое можно приписать незрелости детской психики, в реальности она представляет защитные усилия Я совладать с ранними детскими впечатлениями и реакциями, которые в противном случае могут быть травматическими. Благодаря вытеснению впечатления, мысли и аффекты, связанные с травматическими переживаниями, становятся бессознательными. При этом могут сохраняться остатки в виде *покрывающих воспоминаний* — фрагментов воспоминаний (иногда внешне тривиальных), нередко весьма яркие и отчетливые, которые служат для прикрытия патогенных аспектов ситуации. В широком смысле почти все детские воспоминания так или иначе искажены в результате сгущения, смещения вперед или назад либо изменения эмоциональной окраски. Можно сказать, что процессы, влияющие на память, в своей основе сходны с теми, которые способствуют формированию истерической симптоматики. Преодоление амнезии, особенно относящейся к раннему дет-

ству, и тем самым предоставление пациенту возможности вновь сознательно пережить и справиться с теми событиями, которые в момент своего появления были непреодолимы, является одной из важнейших целей психоаналитического лечения.

См. *вытеснение, защита, катексис, память, покрывающее воспоминание, психическая энергия.*

[248, 252, 327, 539]

АНАГОГИЧЕСКАЯ ИНТЕРПРЕТАЦИЯ (ANAGOGIC INTERPRETATION)

См. *интерпретация.*

АНАКЛИТИЧЕСКАЯ ДЕПРЕССИЯ (ANACLITIC DEPRESSION)

Синдром, включающий симптомы тревожного опасения, уныния и тоски, слезливости, ухода в себя, отказа от еды, который появляется у детей примерно девятимесячного возраста. Возникает тогда, когда после периода хороших материнско-детских отношений на протяжении первых шести месяцев жизни ребенка мать отсутствует в течение как минимум трех месяцев. Если в этот период мать возвращается, все симптомы ослабевают. Если же сепарация продолжается, симптомы становятся все более выраженными и могут привести к бессоннице, снижению веса, задержке развития, апатии, ступору и даже смертельному исходу.

Впервые синдром описали Р. А. Шпиц и К. М. Вульф (Spitz, 1946). "Анаклитический" означает "зависимый от другого" — в данном случае от матери, утрата которой провоцирует депрессию. Боулби (1960), также описавший детские реакции при сепарации, модифицировал описание, данное Шпицем, представив следующую последовательность: протест, отчаяние, отчужденность. Малер (1968) интерпретировала описание Шпица в терминах сепарационно-индивидуационной фазы развития. По мнению Малера, во второй половине первого года жизни ребенок достигает симбиотических взаимоотношений с матерью. С этого воз-

раста симбиотический партнер становится незаменимым, а потому отделение от матери приводит к возникновению выраженной симптоматики.

См. *сепарация, сепарация-индивидуация.*
[121, 583, 799]

АНАКЛИТИЧЕСКИЙ ВЫБОР ОБЪЕКТА (ANACLITICAL OBJECT CHOICE)

См. *объект.*

АНАЛИЗ (ANALYSES)

Аналитический процесс (Analytic Process) Аналитическая ситуация (Analytic Situation)

В широком смысле сокращенное обозначение психоанализа во всех его проявлениях и аспектах. Здесь мы применяем его в более узком смысле, соотнося с методом или процедурой понимания бессознательного на основе использования сновидений и ассоциаций, посредством чего распознаются дериваты Оно, Я и Сверх-Я, конфликт и последующие компромиссные образования. Анализ используется и как метод исследования, и как метод терапии в *собственно психоанализе*, описанном ниже, и в *аналитической психотерапии*.

Кратко говоря, анализ происходит в определенной ситуации, в определенное время и с определенной частотой (*аналитическая ситуация*). От других методов психотерапии, также предполагающих взаимоотношения между аналитиком и пациентом один на один, анализ отличается специфическими требованиями и ограничениями. Пациент должен принять положение, при котором аналитик ему не виден, и пытаться свободно делиться всеми без исключения мыслями и чувствами, которые возникают в сознании (*свободные ассоциации*), отказавшись от критического и логического отбора материала, что приветствуется в обычной социальной ситуации. Пациент часто переживает сенсорную и эмоциональную депривацию, когда — если это со-

ответствует ситуации — аналитик хранит молчание и кажется безучастным. Такая обстановка и процедура дают начало *аналитическому процессу*, способствующему возникновению у пациента временной регрессии, при которой пробуждаются прежде бессознательные (вытесненные) воспоминания, запретные детские желания и фантазии. Выраженные в производной форме в сновидениях пациента и его ассоциациях по поводу текущих мыслей и событий, они также фокусируются на личности аналитика (*перенос*). Этот процесс облегчается относительно нейтральной и анонимной позицией аналитика, и формируется *невроз переноса* — своеобразная “новая редакция” детского невроза. Невроз переноса, возникающий в аналитическом процессе, позволяет аналитику понять, какие чувства и установки пациента являют собой остатки прежних впечатлений и травм; в таком случае аналитик способен реконструировать более ранние уровни развития и связанные с ними аффекты, конфликты и компромиссные образования. Аналитик интерпретирует их, доводя тем самым до сознания пациента. Они прорабатываются, их последствия модифицируются путем интеграции прошлого с настоящим, и тем самым в той или иной степени аннулируются патологические проявления прежних бессознательных конфликтов. При этом, однако, пациент остается привязанным к чувствам и формам поведения, имеющим для него определенную значимость. Вместе с тем пациенты стараются удержать значимые для них паттерны чувств и поведения, и работа аналитика не может осуществляться без определенного *сопротивления*, которому способствует сам феномен переноса. Продолжать работу в условиях собственного сильного сопротивления пациенту помогает *терапевтический* или *рабочий альянс* между анализируемым и аналитиком, основанный на взаимном доверии и общих целях.

Благодаря распознаванию конфликта и прояснению последующих защит и сопротивления по отношению к восприятиям и воспоминаниям (что обуславливает бессознательность того или иного поведения) обогащается личность пациента. Предполагается, что задействованная в конфликте психическая энергия высвобождается и ней-

трализуется, становясь доступной синтетической и интегративной функции Я. Соблюдение требований физической пассивности пациента во время аналитического сеанса облегчает перенос энергии из моторной сферы поведения в психическую, благодаря чему улучшается способность анализируемого терпеть, ждать и выдерживать фрустрацию соответственно требованиям реальности. Это помогает пациенту достичь соответствующего равновесия между работой и восстановлением, между потребностью любить и быть любимым.

Аналитический процесс, представленный нами, включает три фазы: 1) организация аналитической ситуации; 2) возникновение и интерпретация невроза переноса; 3) проработка конфликта, сопротивления и переноса на заключительной фазе. Технические условия, обеспечивающие этот процесс, описываются в рубрике “*Аналитическая техника*”. Во всех трех фазах присутствуют некоторые моменты, не являющиеся специфическими для психоанализа и существующие в структуре различных типов индивидуальной психотерапии. Однако только в классическом психоанализе сеанс и сам метод специально направлены на поощрение такого типа и уровня регрессии, который завершается повторным аффективно заряженным проявлением неразрешенных детских конфликтов во взаимоотношениях пациента и аналитика. Аналитическая ситуация предполагает некую стабильную систему, внутри которой пациент и аналитик взаимно мобилизуют интрапсихические процессы, которые побуждают пациента к движению, инсайту, изменению по мере того, как возникающее в нем напряжение отслеживается и интерпретируется аналитиком. Таким образом, животворными факторами процесса являются взаимодействие пациента с аналитиком, способы аналитического понимания (включая эмпатию и контрперенос), а также возрастающая способность пациента осознавать собственные бессознательные психические процессы (*аналитический инсайт*). Достижение анализируемым все более высокого уровня инсайтов, саморегуляции и зрелости путем субъективного переживания невроза переноса и его интерпретации в аналитической ситуации может рассматриваться как суть аналитического процесса.

См. *аналитическая техника, защита, интерпретация, контрперенос, конфликт, перенос, психоанализ, регрессия, реконструкция, свободные ассоциации, сопротивление, эмпатия.*

[41, 270, 480, 763, 826]

АНАЛИТИЧЕСКАЯ ПСИХОЛОГИЯ (ANALYTICAL PSYCHOLOGY)

Система идей и практических приемов, связанных с теорией и работой Карла Густава Юнга (1875—1961). Работая в психиатрической клинике Бургхельцли (Швейцария), Юнг стал большим приверженцем Фрейда, перечитав в 1903 году его “Толкование сновидений”. Юнг признал, что его предшествующие экспериментальные работы со словесными ассоциациями подтверждают открытия Фрейда в области вытеснения, однако он скептически относился к допущению о том, что вытесняется лишь сексуальное. То, что было привнесено Юнгом в психоанализ на ранних этапах, было с восторгом принято Фрейдом и включено им в систему собственных представлений. Некоторое время Фрейд видел в Юнге своего наследника, способного возглавить психоаналитическое движение после его смерти, но после пяти лет тесного сотрудничества их позиции разошлись. Окончательный раскол произошел в 1912 году, и Юнг основал собственное направление, названное им аналитической психологией.

Дело жизни Юнга — попытка понять природу личности. Основу его теории составило представление о взаимодействующих энергетических системах, потенциал которых при рождении не дифференцирован. В течение жизни эти возможности под влиянием внешних событий дифференцируются, трансформируясь в сознательный опыт индивида. *Сознательное и бессознательное*, согласно Юнгу, представляют собой две динамические взаимодействующие области личности. Сознательная область состоит из двух структур: центрального *Я*, рассматриваемого как источник индивидуального чувства идентичности и непрерывности во времени, и *Персоны* — индивидуальной “публичной маски” или “лица, обра-

щенного к миру”. Персона состоит из ролей, установок и поведенческих проявлений, предьявляемых другим в ответ на требования общества. Если акцент на Персоне осуществляется в ущерб бессознательным стремлениям, возникает психологический стресс.

Бессознательная область также разделяется на две части: личную и коллективную. Личное бессознательное более поверженно и включает в себе вытесненные переживания, которые никогда не были более чем смутно осознаваемыми или были слишком болезненными для того, чтобы вообще осознаваться. Личное бессознательное содержит также *комплексы* — упорядоченные вокруг аффективно заряженного ядра мысли, чувства, поступки и переживания. Примеры — комплекс матери, эдипов комплекс и комплекс кастрации (последние два часто рассматриваются в психоаналитической литературе). С точки зрения Юнга, личное бессознательное содержит не только сексуальные и мифические элементы, но и этические стандарты, что позднее было признано Фрейдом в его представлении о частично бессознательном Сверх-Я.

Понятие *коллективного бессознательного* Юнг использовал значительно шире и более последовательно, нежели Фрейд. Коллективное бессознательное, по мнению Юнга, распределено неким мистическим образом среди всего человечества. Оно содержит более глубокие, универсальные и первичные аспекты личности, и его энергия способна творить образы, независимые от сознательных переживаний. Здесь размещен “сырой” материал сновидений, фантазий и других форм креативного опыта — сходные по форме у всех людей, соотносимые с основной тематикой борьбы человека: добро и зло, власть, вопросы пола, рождение и смерть. Образы коллективного бессознательного собраны Юнгом в прототипы или архетипы. Так, например, *Анимус* и *Анима* представляют собой мужской и женский аспекты личности.

Для описания различных проявлений личности Юнг разработал концептуальную модель, основанную на двух базисных установках — интроверсии и экстраверсии, а также четырех главных психических функциях — рациональной паре (мышление и чувство) и перцептивной паре (ощущение и

интуиция). Эта схема позволила создать основанную на шестнадцати категориях типологию личности, быстро завоевавшую популярность в академических кругах.

В центре внимания Юнга — идея развития, но Юнг мало обращался к проблемам развития в раннем детстве. Вместо этого он разделил жизнь на два периода. В первой половине жизни происходит выбор и закрепление определенного места в окружающем мире, свершается выбор рода занятий, супруга или супруги, ценностей и интересов. Вторая половина связана с противостоянием и адаптацией к смерти. Жизнь последовательно и поступательно движется в направлении *индивидуации* — пожизненного процесса, в ходе которого человек становится “психологическим индивидом, то есть отдельной неделимостью или ‘целостностью’” (Jung, 1961, p. 383). Индивидуация предполагает постоянное давление на скрытые возможности личностных первичных структур с целью проявления их в сознании, а также в ослаблении врожденного напряжения путем примирения и уравнивания противоположностей. В идеале результатом индивидуации является спокойно функционирующий интегрированный индивид, способный к полной реализации личностного потенциала. По мнению Юнга, индивидуация — универсальный человеческий процесс, но культурные институты, символы и внесознательные формы (такие, как религиозные системы и ритуалы) были разработаны человечеством для того, чтобы справляться с психологическими проблемами, возникающими в ходе этого процесса.

Читатель может легко убедиться, что теоретические построения Фрейда и Юнга во многом переплетаются. Концепция *интроверсии—экстраверсии*, согласно которой либидо направляется внутрь либо вовне (в психоаналитической терминологии того периода), равно как и понятие комплекса, были разработаны Юнгом, когда он был связан с психоанализом, но позже он расширил свои теоретические построения, разработав идею коллективного бессознательного. Понятия Анимы и Анимуса, Персоны, архетипа и архетипических образов, Тени, равно как и позднейшая типология, появились уже как часть аналитической психологии, но их связь с построениями

Фрейда очевидна. Например, представления об Аниме и Анимусе строились на основе представлений Фрейда об универсальной бисексуальности.

АНАЛИТИЧЕСКАЯ ПСИХОЛОГИЯ (ТЕРМИНЫ)

Анима; Анимус (Anima; Animus)

Аналитическая психология (термины), предполагающие представленность одного пола в другом. Женский образ в мужчине Юнг назвал Анима (от лат. “душа”); мужской образ в женщине — Анимус (от лат. “ум”, “интеллект”). Хотя Анима и Анимус могут проявляться в виде человеческих образов, более точным было бы рассматривать их как архетипические паттерны. Анима, например, связана с воображением, фантазией и игрой; Анимус — с сосредоточенностью, властью, уважением. Таким образом, их можно рассматривать как противоположные способы восприятия, поведения и оценки. Сейчас принято считать, что нельзя связывать эти понятия с половыми различиями, однако то, что “контрасексуальные” образы (противоположные полу данного индивида) возникают в сновидениях и т.п., предполагает символический процесс: мужчина или женщина символически выражают чуждое ему (ей) в форме бытия чуждого (другого) тела. Однако удивительная странность образов Анимы и Анимуса придает им психологическое значение своеобразных предвестников, а нередко и “поводырей” грядущих изменений личности.

См. аналитическая психология (термины): архетип, имаго.

Архетип (Archetype)

Врожденный, унаследованный паттерн психологических проявлений, связанных с инстинктами и воплощающийся при достаточной активации в поведении или эмоциях. Теория архетипов Юнга претерпела три стадии развития. В 1912 году он описал *исконные образы*, сходные с общепсихологическими культурными мотивами, представленными повсеместно на протяжении истории; их основные свойства — сила, глубина

и автономность. Исконные образы предоставили Юнгу эмпирический материал для построения теории *коллективного бессознательного*. В 1917 году он описал *доминанты* — узловые точки психики, притягивающие энергию и влияющие тем самым на функционирование личности. Термин *архетип* был применен Юнгом лишь в 1919 году. Этим термином он хотел избежать любого намека на то, что речь идет о содержании, а не о наследственной, непредставимой фундаментальной структуре.

В литературе принято различать *собственно архетип* и *архетипические образы*, мотивы, темы и паттерны. *Архетип* представляет собой психосоматическое образование, связывающее инстинкт и образ. Юнг не считал психологию и образность коррелятами или отражением биологических влечений; его убеждение в том, что образ пробуждает цель инстинкта, предполагает, что образы играют столь же важную роль, что и инстинкты. В определенной степени все образы несут в себе архетипическое. Ошибочно было бы проводить слишком жесткое разделение между личным и коллективным бессознательным: для того чтобы архетип как “скелетная” идея мог обрасти плотью, необходим обычный опыт переживаний. Указания на наличие врожденных психических структур имеются и в современном психоанализе, в частности, в школе Мелани Кляйн: у Исаакса (бессознательные фантазии), Биона (предпонятие) и Мани-Кирл. Юнга можно также считать пионером европейской школы структурализма.

См. *аналитическая психология (термины): коллективное бессознательное*.

Имаго (Imago)

Термин, употребляемый вместо понятия “образ” с целью подчеркнуть, что многие образы, в частности образы других людей, возникают субъективно в соответствии с внутренним состоянием и динамикой субъекта. Другими словами, термин *имаго* подразумевает, что многие образы (например, образы родителей) возникают не из действительного опыта переживаний, связанных с родителями, а основаны на бессознательных фантазиях или являются производными от

деятельности архетипов. Имаго функционирует подобно ожиданиям или фильму, через который воспринимаются определенные категории людей. Следовательно, имаго влияет на чувства и поведение в отношении других людей, определяя то, как эти люди будут восприниматься индивидом.

Из имаго состоят комплексы. Например, имаго матери означает врожденную тенденцию ребенка организовывать свои переживания раннего периода, когда он беззащитен, вокруг положительного и отрицательного полюсов. Вокруг положительного полюса собираются такие качества, как “материнская забота и отзывчивость, магическая власть женщины, мудрость и духовная экзальтация, превышающие здравый смысл, полезные инстинкты и импульсы, все доброе, заботливое, поддерживающее, все, что питает рост и благополучие”. Отрицательный полюс предполагает “нечто тайное, скрытное, темное; первичный хаос, мир мертвых, нечто поглощающее, соблазняющее, отвращающее, нечто ужасающее и неизбежное, как сам рок” (Jung, 1938, p. 82). С точки зрения развития это означает расщепление образа матери на “добрый” и “плохой” варианты. Юнг подчеркивал, что такие контрастные образы широко распространены в различных культурах, и поэтому человечество в целом не считает расщепление образа матери чем-то странным и невыносимым. Однако в идеальном случае ребенок неизбежно приходит к представлению о неделимости матери и воссоединяет противоположные перцепции.

В психоанализе термин “имаго” употребляется для обозначения репрезентации себя или объектов.

См. *аналитическая психология (термины): архетип, коллективное бессознательное, комплекс*.

Индивидуация (individuation)

В определении, которое дает Юнг, подчеркиваются три момента: 1) целью этого процесса является развитие целостной личности; 2) индивидуация не может осуществиться в состоянии изоляции, она предполагает и включает коллективные взаимоотношения; 3) индивидуация подразумевает определенный уровень оппозиции по отно-

шению к социальным нормам, не имеющим абсолютной ценности. Юнг тщательно разводит понятия индивидуации, интеграции личности и сознательности Я; сущность этого процесса заключается в том, что Самость должна избавиться от всего ложного, что есть в Персоне, и преодолеть то, что насильно навязано архетипами.

Процесс индивидуации может быть самопроизвольным или облегчаться посредством анализа, но некоторые высказывания Юнга производят неблагоприятное впечатление в том смысле, что индивидуация есть якобы нечто элитарное. Этот процесс сопряжен с некоторыми опасностями: интенсивная включенность во внутренний мир и его захватывающие образы могут привести к нарциссической поглощенности; такие проявления, как антисоциальная активность или психотический срыв, могут расцениваться в качестве закономерного результата процесса индивидуации. Нередко символизм индивидуации рассматривается через понимание того, как могут объединяться противоположности, чтобы продуцировать новый личностный синтез. Юнг утверждал, что мандалы (изображения геометрических фигур с более или менее регулярными делениями, число которых кратно четырем) выражают целостность психики примерно так, как это воспринимается и переживается при индивидуации. Хотя Юнг считал, что собственно индивидуация является прерогативой второй половины жизни, современная аналитическая психология расценивает этот процесс иначе, относя его ко всему жизненному пути. Нерешенным по сей день остается вопрос, должна ли интеграция обязательно предшествовать индивидуации; очевидно, однако, что лучше, чтобы благодаря интеграции Я стало достаточно сильным и могло противостоять вторгающимся в сознание феноменам индивидуации.

См. аналитическая психология (термины): архетип, Персона, Самость.

Коллективное бессознательное (Collective Unconscious)

Как и Фрейд, Юнг использовал термин "бессознательное" двояким образом: для обозначения недоступных Я психических процессов и для обозначения психической

системы с собственными законами, характером и функциями. Однако Юнг рассматривал бессознательное не только как вытесненные, как правило детских, переживаний и полагал, что бессознательное представляет еще и форму психической активности, выходящей за пределы личного опыта и непосредственно соотносимой с филогенетической, инстинктивной основой человечества. По Юнгу, содержание коллективного бессознательного никогда не было сознательным; оно отражает лишь влияние архетипических процессов. Выражаясь метафорически, Юнг говорил о коллективном бессознательном как о форме знания, даже мышления. На языке философии это можно выразить понятием "первопричина" психологических тенденций и направлений развития — "то, ради чего" все происходит и осуществляется. Хотя Юнг не говорил, что бессознательное является действительной причиной происходящего, человек может переживать первопричины, действующие в сфере бессознательного, как то, что способствует возникновению паттернов и смыслов жизни индивида. Этот аспект бессознательного рассматривается как *телеологический* (от греч. *telos* — конец или цель).

См. аналитическая психология (термины): архетип, имаго, Самость, символ.

Комплекс (Complex)

Термин, означающий совокупность образов, имаго, мыслей, идей, концентрирующихся вокруг ядра, производного от одного или нескольких архетипов, и характеризующихся общей эмоциональной окраской. Если комплексы приводятся в действие (конфигурируются), они влияют на поведение, независимо от того, осознает это индивид или нет. Рассмотрение комплексов является важным средством для понимания сущности неврозов.

Одно время Юнг считал это понятие столь важным, что предлагал назвать свою школу "психологией комплексов". Он рассматривал комплексы как "царскую дорогу" к бессознательному и называл их также "архитекторами сновидений". Современная аналитическая психология пересмотрела это положение: комплексы расцениваются в большей мере как связующее

звено между личностным и архетипическим компонентами разнообразных индивидуальных переживаний, в частности, тех, что возникают в младенчестве и детстве. Концепция комплексов была разработана Юнгом между 1904-м и 1911 годами с помощью теста словесных ассоциаций. Открытие Юнга Фрейд расценил как эмпирическое подтверждение его собственной теории бессознательного. Хотя в современном психоанализе термин *комплекс* используется редко (за исключением эдипова комплекса и комплекса кастрации), некоторые авторы считают, что сама структурная теория представляет собой теорию комплексов и что Оно, Я и Сверх-Я являются примерами комплексов.

См. *аналитическая психология (термины): архетип, имаго*.

Персона (Persona)

Производное от латинского слова, означающего маску античного актера; относится к социальной маске или лицу человека, обращенному к внешнему миру. Термин *Персона* может употребляться для обозначения половой идентичности, стадии развития (например, подросткового возраста) или профессии. Индивид может сознательно либо бессознательно проявлять определенные аспекты собственной личности в виде Персоны, и на протяжении жизни можно носить множество масок, по несколько одновременно.

Юнг рассматривал Персону как архетип, имея в виду, что она неизбежна. В любом обществе требуется обложение взаимоотношений и взаимодействий между его членами; такие функции отчасти выполняет Персона. Персона не является от рождения патологической или лживой. Вместе с тем, в случае слишком сильного отождествления с Персоной возникает риск патологии. Такое положение означает недостаток знаний о том, что выходит за рамки социальной роли (юриста, аналитика, черно-рабочего и др.), слишком высокую ригидность представлений о половой роли или неумение оценить требования, меняющиеся на разных этапах жизненного развития. В юнгианской структурной модели психики Персона является посредником между Я

и внешним миром. Анима и Анимус выполняют ту же функцию по отношению к Я и внутреннему миру.

См. *аналитическая психология (термины): Анима, Анимус, архетип*.

Самость (Self)

Термин, употребляемый в аналитической психологии с 1916 года в нескольких различных значениях: 1) души в целом; 2) тенденции души функционировать упорядоченно и структурированно, сообразно цели и плану; 3) тенденции души продуцировать образы и символы, стоящие "по ту сторону" Я (образ Бога или героических персонажей, выполняющих эту роль, которые обращают людей к необходимости и возможности роста и развития); 4) психологического единства человека с момента рождения. Это единство при накоплении жизненного опыта постепенно разрушается, но остается неким шаблоном или эскизом для последующих переживаний целостности и интеграции. Иногда мать рассматривается в качестве "носителя" детской Самости. Имеется в виду нечто сходное с процессом, называемым в психоанализе "отзеркаливание".

Тень (Shadow)

Негативная сторона личности — сумма всех неприятных качеств, которые индивид старается скрыть; низшая, недостойная и примитивная часть человеческого естества; "темная" сторона личности. Юнг подчеркивал, что Тень есть у каждого, все вещественное отбрасывает тень; Я относится к Тени, как свет к сумраку; Тень делает нас людьми. Юнг отдавал должное Фрейдю за привлечение внимания современного человечества к этому аспекту нашего существа.

Поскольку Тень не может быть искоренена (не стоит и пытаться), то лучшее, на что можно надеяться, — прийти к соглашению с нею. Одна из важных целей юнгианского анализа состоит в том, чтобы помочь пациенту обрести установку неосуждения инстинктивной стороны собственной психики и суметь выявить в ней все ценное, по возможности осознать людей и ситуации, которые, скорее всего, вызывают к теневой стороне.

Типология (Typology)

Система, разработанная Юнгом для демонстрации и подтверждения разных способов психологического функционирования людей. Для разграничения *психологических типов* он обратился к базисным *установкам* в отношении мира и определенным свойствам *функций* психической жизни. Некоторые индивиды в большей степени побуждаются и снабжаются энергией внутренним миром, другие — внешним; это, соответственно, *интроверты* и *экстраверты*. Юнг выделил четыре функции психической жизни: 1) *мышление* — знание того, что представляет собой предмет, обозначение его и сопоставление с другими предметами; 2) *чувство* — суждение о ценности чего-либо или точка зрения относительно перспективы чего-либо; 3) *ощущение* — все факты, доступные органам чувств: регистрация того, что вещь существует, но не того, какова она; 4) *интуиция* — ощущение того, где нечто происходит и каковы связанные с этим возможности. Юнг указывал, что люди обладают первичной или *высшей функцией* той или иной из этих четырех категорий, если она наиболее развита и отчетлива; *вспомогательной функцией* — если она лишь немного уступает высшей; и *низшей функцией* — если она наименее развита, наиболее бессознательна, наименее доступна и вызывает наибольшие проблемы.

Используя представления об установках экстраверсии и интроверсии, высших и вспомогательных функциях, можно создать перечень шестнадцати базисных типов личности. Ряд психологических тестов, основанных на гипотезе Юнга, применяются в клинической практике, а также применительно к проблемам образования и индустрии. Некоторые аналитические психологи принимают эту типологию за ее “научность”, другие используют ее как руководство, дающее возможность всесторонней оценки функционирования личности. Юнг использовал свою типологию для понимания различий между собой и Фрейдом (себя Юнг считал интровертом, Фрейда — экстравертом) а также полагал, что межличностные нарушения можно понять с точки зрения типологических различий.

[85, 218, 219, 445, 457, 472, 473, 474, 475, 745, 815].

АНАЛИТИЧЕСКАЯ ТЕРАПИЯ (ANALYTIC THERAPY)

Терапия, основанная на психоаналитических принципах, но предполагающая использование техник, отличных от тех, что применяются в психоанализе. Аналитическая терапия может широко варьировать — от экспрессивной или исследовательской до поддерживающей или репрессивной. От анализа она отличается по организации, технике, процессу и целям. Пациент не ложится на кушетку, сеансы не столь часты. Не используется метод свободных ассоциаций, но поощряется свобода общения. Между пациентом и терапевтом устанавливается дружеский и доверительный альянс, при этом избегают невроза переноса. Терапевт более активен; помимо интерпретации, он свободно использует суггестию, манипуляции средой, указания, разъяснение, проверку реальных событий. Аналитическая терапия представляет собой более сфокусированный процесс, направленный на реальные и непосредственные переживания пациента. Обычно она короче психоанализа и делает акцент на доступных и готовых к пониманию динамизмах. Цель аналитической терапии — не реорганизация характера, а снятие симптомов и разрешение специфических трудностей и проблем.

Аналитическая терапия рассматривается аналитиками как важный метод, применимый при лечении пациентов, которые не могут или не желают подвергнуться психоанализу.

См. анализ, психоанализ, психотерапия. [471, 703].

АНАЛИТИЧЕСКАЯ ТЕХНИКА (ANALYTIC TECHNIQUE)

Обобщающий термин, охватывающий все процедуры, используемые аналитиком при организации, проведении и завершении психоанализа. Термин относится также к профессиональной методологии применения психоаналитической теории в клинических, дидактических или терапевтических целях.

В сущности, метод предполагает ситуацию, в которой проводится систематическое

исследование автоматических, бессознательных попыток пациента разрешить конфликт. Метод основан на том, что начиная с раннего детства индивид воспринимает и переживает определенные желания, фантазии, эмоции и импульсы как слишком опасные, чтобы пытаться справиться с ними на сознательном уровне. Основная цель такого исследования — помочь пациенту в достижении им более зрелого сознательного или предсознательного разрешения конфликтов.

Типичные аспекты психоаналитической техники: 1) ежедневные сеансы (обычно 4—5 в неделю), придающие аналитическому процессу непрерывный характер; 2) непоощрение конфликтных переживаний пациента, все более направляющихся на аналитика (*правило абстиненции*); 3) *анонимная позиция аналитика*, его здравомыслие и объективность, или “нейтральность”; 4) такое положение пациента на кушетке, при котором аналитик остается вне его поля зрения, что способствует выполнению основной задачи пациента — свободному продуцированию вербальных ассоциаций (центральный момент фундаментального или основного правила анализа) и достижению все большей взаимной спонтанности по мере того, как пациент, мобилизуемый условиями аналитической ситуации, все более понимает интрапсихические препятствия спонтанности; 5) тесно связанное с предыдущим требование абсолютной *конфиденциальности*, имеющее первостепенное значение для всей аналитической работы; 6) другие аспекты аналитической техники — напряжение и интеракции, возникающие между аналитиком и пациентом в результате регрессии пациента, фрустрация бессознательных стремлений, проявление чувств, связанных с переносом, сопротивление и интервенции аналитика (см. *анализ*).

С технической точки зрения важным для процесса изменения — модификации бессознательной потребности пациента в защите, проявляющейся в форме сопротивления большей внутренней свободе и осознанию, — является постоянное внимание аналитика к психологической активности пациента в ситуации конфликта, возрастающему осознанию возникающих специфических элементов. Аналитик должен делиться подобными наблюдениями — обычно это

делается в форме интерпретаций или соответствующих интервенций. Интерпретации, наряду с возрастающей способностью пациента к самонаблюдению, необходимы для того, чтобы приблизить пациента к осознанию бессознательных средств вытеснения и к достижению автономного контроля над ними. Реакция некоторых пациентов на аналитический процесс (например, *отыгрывание*) может потребовать *отклонений от стандартов классической техники*, что было описано Эйслером в качестве *параметров*.

В настоящее время особое внимание уделяется применению технических средств с точки зрения структурной теории. Это предполагает понимание бессознательной природы защитной активности Я, мобилизуемой сигнальной тревогой в связи с многочисленными угрозами, которые присущи самой аналитической ситуации. Это существенно отличается от привычных, также эффективных технических средств, в большей степени зависящих от влияния позитивного переноса. В последнем случае речь идет об отказе от приоритета интерпретации защиты и преодолении сопротивления путем непосредственной интерпретации вытесненных дериватов влечений.

См. анализ, защита, интерпретация, конфликт, отыгрывание, параметр, регрессия, реконструкция, свободные ассоциации, структурная теория, тревога.

[178, 201, 225, 289, 312, 388, 429, 570, 848]

АНАЛИТИЧЕСКИЙ ИНСТРУМЕНТ (ANALYZING INSTRUMENT)

Понятие, введенное Отто Исааковером (1963) для обозначения совместного участия анализируемого и аналитика в аналитической ситуации; такое объединение рассматривается как уникальный инструмент или рабочее орудие, используемое для поддержания аналитического процесса.

От каждого участника требуется определенный вклад в совместную активность по созданию временной терапевтической формации, обладающей особой аналитической функцией. Анализируемый соглашается настойчиво и пристально “всматриваться” в собственные мысли, чувства и восприятия и выражать их вербально, независимо

от неоднозначных или негативных эмоций по их поводу. Подчинение этим требованиям отвечает *основному*, или *фундаментальному*, правилу, результат обозначается как *свободные ассоциации*, то есть ассоциации, свободные от сознательного контроля.

Участие аналитика в процессе зависит от: 1) выслушивания всех высказываний анализируемого, равно как внимания к невербальным способам коммуникации; 2) отслеживания собственных мыслей, реакций и восприятий; 3) контроля и анализа любых критических и негативных реакций на высказывания пациента, 4) избегания фокусировки внимания, исключения сознательных усилий вспомнить и тем самым дозволения собственным мыслям протекать свободно. Это то, что называется *выслушиванием при свободно плавающем внимании*.

Исаковер рассматривал свободные ассоциации пациента и свободно плавающее внимание аналитика как две части аналитического инструмента. Цель такой объединенной активности — достичь оптимальной регрессии Я пациента, позволить аналитику увидеть бессознательное анализируемого и соответствующим образом реагировать как сознательно, так и бессознательно. Если аналитику и анализируемому удастся достичь сопоставимого (но не эквивалентного) состояния частичной регрессии Я (чем-то напоминающего состояние дремы), то тогда каждому из них становятся доступны разнообразные произвольные мысли, образы и восприятия. При этом важным фактором функционирования аналитика является его способность к эмпатии. Сообщаемые пациенту мысли, чувства и восприятия, связанные с аналитической ситуацией, часто дополняются им самим, что облегчают выявление, понимание и объяснение констелляций его фантазий и воспоминаний.

Использование аналитического инструмента ограничивается рамками аналитического сеанса. В конце сеанса обе части разъединяются, чтобы затем соединиться снова. Исаковер полагал, что цель супервизии — помочь кандидату в аналитики разработать, освоить и усовершенствовать аналитический инструмент, а также уметь выявить и понять причины “поломки” этого инструмента в ходе аналитического сеанса.

См. анализ, рабочее Я.
[57, 443, 591, 667]

АНАЛЬНОСТЬ (ANALITY)

Термин широкого применения, относящийся к характеристикам *анальной стадии* развития, то есть периода от одного до трех лет. Поскольку в процессе физического созревания формируется способность контролировать сфинктер, внимание ребенка смещается с оральной зоны к *анальной*, которая предоставляет новые способы удовлетворения либидинозного влечения (в данном случае это называется *анальным эротизмом*) и возникающего агрессивного влечения, которое обозначается как *анальный садизм*. Для *анально-садистской стадии* характерно проявление обоих влечений не только в связи с анальными функциями опорожнения и сдерживания, но направленных также на фекальный продукт. Таким образом, полярность и противоположность эротизма/садизма, опорожнения/сдерживания, анальной функции/анального продукта создают парадигмы, которые выражаются в конфликтах, связанные с амбивалентностью, активностью/пассивностью, мужественностью/женственностью, самоконтролем, сепарацией и индивидуацией. Перипетии этих конфликтов влияют на интрапсихическое созревание и развитие объектных отношений.

Психическая организация на данной стадии психосексуального развития является источником адаптивных либо дезадаптивных, часто внешне противоречивых черт характера (термин *анальная фаза* относится скорее к типу психической организации, нежели к определенному периоду времени). В качестве компромиссных образований эти черты одновременно являются выражением анального эротизма и садизма и защиты от них, иногда в сублимированном виде. Педантичность, упрямство, бережливость, скупость — типичные черты *анального характера*, для которого анальное развитие сохранило свое огромное значение. Кроме того, связанные с этим периодом конфликты проявляются в усилении амбивалентности, неопрятности, вызывающем

поведении, раздражительности и садомазохистских тенденциях. Разнообразные проявления невроза навязчивых состояний предполагают анальную фиксацию.

См. навязчивость; психосексуальное развитие.

[7, 257, 427, 462, 606]

АНГЕДОНИЯ (ANHEDONIA)

Отсутствие переживаний удовольствия в ситуациях, которые обычно их вызывают; неспособность переживать счастье. Понятие удовольствия следует отличать от понятия удовлетворения, а понятие дистресса — от понятия боли. Эти состояния удается достаточно хорошо дифференцировать клинически и в гипнотических состояниях. Все эти явления могут быть сознательными и бессознательными. Принято считать, что способность переживать удовольствие представляет собой врожденное свойство, различное у разных индивидов, однако эта способность может постоянно снижаться в результате травм как в детском, так и в зрелом возрасте.

Особенно часто явления имеют место у больных шизофренией, но встречаются также и у депрессивных больных. Часто ангедония сочетается с травматической алекситимией; в таких случаях она представляет регрессию в аффективной форме.

Нейрофизиологии гедонистической регуляции в недавнее время уделялось значительное внимание в связи с открытием центров удовольствия и дистресса и ряда полипептидных нейротрансмиттеров, с которыми связаны переживания удовольствия и дистресса. Гедонистический аспект эмоций рассматривается лишь как вторичный и лишь отчасти связанный с переживанием аффекта.

См. аффект, алекситимия, принцип удовольствия/неудовольствия.

[199, 529, 599]

АНИМА, АНИМУС (ANIMA, ANIMUS)

См. аналитическая психология (термины)

АНОНИМНОСТЬ (ANONYMITY)

Состояние бытия неизвестным. Психологический анализ предполагает, что факты личной жизни аналитика должны оставаться неизвестными анализируемому. Разумеется, это относительно, поскольку имя аналитика, его адрес, внешность, манеры, обстановка в офисе неизбежно известны. Тем не менее одним из компонентов психоаналитической техники является установление и защита анонимности. Мысли и фантазии пациента по поводу личности или семьи аналитика никогда не поддерживаются и не отрицаются, а отбрасываются, чтобы сохранить аналитика как объект переноса, на который анализируемый может проецировать свои желания и конфликты. Если же пациент случайно узнает некоторые факты о личности аналитика, то тогда необходим специальный анализ реакций и фантазий пациента на полученную информацию.

В некоторых случаях, связанных с острой патологией пациентов, откровенность аналитика (позиция, противоположная анонимности) неизбежна; однако она препятствует достижению прогресса в процессе анализа, поскольку ограничивает широту проекций при переносе и возможность их интерпретации.

См. абстиненция, нейтральность.

[352, 689, 778]

АНТИЛИБИДИНОЗНОЕ ЭГО (ANTILIBIDINAL EGO)

См. теория Фэйрбейрна.

АПАТИЯ (APATHY)

Отсутствие эмоций и чувств. Личность с апатическими проявлениями не испытывает ни удовольствия, ни неудовольствия; это апатическое состояние отличается от скуки, поскольку не сопровождается напряжением и раздражительностью. Часто апатия рассматривается как результат выраженной и длительной аффективной депривации или тяжелого стресса. Она представляет собой продукт защитной борьбы против

невыносимых чувств отчаяния и одиночества либо угрозы смерти (особенно во время войны). Внешне проявления апатии носят характер отчужденности — “отказа” от объективного мира, но анализ нередко выявляет сохранившиеся бессознательные привязанности, отрицаемые либо дезавуированные защитой.

См. *аффект, объект, скука*.
[98, 382]

АРХАИЧЕСКИЕ СОСТОЯНИЯ Я (ARCHAIC EGO STATES)

Понятие, отражающее существование в зрелом возрасте чувств, характерных для ранних стадий развития Я. Типичный пример — “океаническое чувство”, описание которого было предоставлено Фрейдом Ролланом (1930). Это чувство бесконечной, безграничной, неразрывной связи Самости с внешним миром. Фрейд обнаружил, что подобные переживания могут восходить к ощущению связанности и недостаточной дифференциации ребенка и матери. Он считал также, что это переживание может способствовать возникновению религиозного чувства. Переживание “сверхъестественности” можно рассматривать как другой пример архаических состояний Я. Эти состояния Фрейд сравнивал с возвратом чего-то старого, хорошо знакомого и близкого (1919). В качестве примеров он приводил состояния, поддерживающие верования во всепроникающий разум, суеверия, связанные с существованием привидений и “двойников”. Подобные суеверия переживаются как сверхъестественное, поскольку вместе с ними оживляются признаки ранней нарциссической стадии Я, связанной с анимистическими представлениями. Постфрейдистами были найдены и другие примеры архаических состояний Я, к которым относятся переходные феномены зрелого возраста (Winnicott, 1953), состояния творческой активности (Modell, 1970), самообъектные феномены Кохута (1971) и нарушения чувства времени (Arlow, 1984). Перечисленные состояния могут встречаться в обычной жизни и более выражено — в переживаниях при переносе у невротических и пограничных пациентов.

См. *зловещее, океаническое чувство, переходный объект, переходный феномен, психология Самости, теория Винникотта*.
[43, 299, 315, 512, 616, 883]

АРХЕТИП

См. *аналитическая психология (термины)*

АУТИСТИЧЕСКАЯ ФАЗА (AUTISTIC PHASE)

См. *сепарация-индивидуация*.

АУТОПЛАСТИЧЕСКАЯ АДАПТАЦИЯ (AUTOPLASTIC ADAPTATION)

См. *адаптация*.

АУТОЭРОТИЗМ (AUTOEROTISM)

В широком смысле — поведение, при котором индивид получает сексуальное удовлетворение от собственного тела. По определению Фрейда (1905), важное место занимает отношение влечения к его объекту: “влечение направлено не на других людей, но находит удовлетворение в теле самого субъекта” (с. 181). Подразумевается отсутствие объекта в целом (другого человека), но не обязательно ситуация безобъектности, поскольку часто в процесс вовлечена представленная в фантазии часть объекта (например грудь). Более того, сексуальное влечение может отделиться от несексуальной функции, ранее определявшей зависимость данного субъекта от объекта. Так, сосание становится аутоэротическим, если более не служит функции утоления голода. Фрейд считал также, что аутоэротизм представляет собой такую форму инфантильного сексуального поведения, при которой активность различных *парциальных влечений* и стимулируется, и удовлетворяется в одном и том же участке тела (органах или эрогенной зоне). Позже Фрейд пришел к выводу, что при нарциссизме Я, как единый образ тела, становит-

ся объектом нарциссического либидо. В связи с этим аутоэротизм рассматривался им как определенная стадия развития, предшествующая конвергенции парциальных влечений в направлении общего объекта. Такая точка зрения основывалась на предположении, что целостность, подобная Я, не может существовать изначально, тогда как аутоэротические влечения имеются с рождения.

В 1905 году Фрейд всю инфантильную сексуальность охватил понятием аутоэротизма, в противоположность зрелой сексуальности, подразумевающей выбор объекта. Но такое разделение не только требует времени, но и включает структурную дифференциацию. "Аутоэротизм не является атрибутом определенного влечения (орального, анального и др.), он присутствует в каждом из них — поначалу как ранняя стадия, а затем как составной элемент удовольствия, получаемого от органов" (Laplanche, Pontalis, 1973, с. 47).

В настоящее время аутоэротизм как понятие, относящееся к развитию, употребляется редко. Однако сам термин сохранился и применяется как дополнительная характеристика инстинктивных проявлений в разных фазах (оральной, анальной и др.) раннего и позднего развития.

См. *детская сексуальность, компонентные влечения, мастурбация, нарциссизм.*
[256, 285, 541]

АФФЕКТИВНЫЕ РАССТРОЙСТВА (AFFECTIVE DISORDERS)

Группа нарушений, в которых ведущим симптомом является аномальное усиление аффективных реакций. К этой группе относятся клинические состояния, характеризующиеся депрессией, возбуждением либо их чередованием. За исключением расстройств, где преобладающим аффектом является возбуждение (мания, гипомания, маниакальная фаза маниакально-депрессивного психоза), понятия аффективных и депрессивных расстройств синонимичны. Синдромы с преобладанием аффекта тревоги рассматриваются отдельно, однако тревога присуща всем психическим заболеваниям

и в разной степени проявляется и при упомянутых нарушениях.

В разделе "Основные аффективные расстройства" "Диагностического и статистического руководства" Американской психиатрической ассоциации (DSM-III) приводятся такие психотические состояния, как *мания, депрессия и биполярные расстройства* (чередование маниакальных и депрессивных эпизодов). В раздел "Другие специфические аффективные расстройства" включены *циклотимия*, при которой маниакальные и депрессивные фазы не достигают психотического уровня, а также *дистимия* (или *депрессивный невроз*), когда относительно устойчивая депрессия является недостаточно длительной и выраженной, чтобы соответствовать критериям основного депрессивного эпизода. Кроме того, в DSM-III описываются *атипичные биполярные расстройства, атипичные депрессии и регуляторные нарушения с преобладанием подавленного настроения*. По некоторым данным, биполярные расстройства обусловлены генетически и являются следствием особой биохимической аномалии. Некоторые люди генетически предрасположены к депрессии, но психологические факторы являются, пожалуй, важнейшим элементом в ее возникновении и упрочении.

В психоаналитической литературе отдается предпочтение традиционной, сложившейся за многие годы терминологии, основанной на типичных для этих расстройств психодинамических конstellациях, которые описаны в данной книге в рубриках "депрессия", "возбуждение" и "мания". *Мания, депрессия, маниакально-депрессивный синдром и инволюционная депрессия* являются психоаналитическими терминами для обозначения состояний, соответствующих аффективным расстройствам по классификации DSM-III, хотя некоторые аффективные симптомы могут проявляться в связи с шизофреническими, пограничными и невротическими нарушениями. Психоаналитическая категория *депрессивный невроз* соответствует циклотимическим, дистимическим и реактивным депрессивным расстройствам по DSM-III. (Последнее расстройство представляет собой острую, но ограниченную по времени реакцию на ситуацию, представляющую определенную угрозу для индивида.) У некоторых лиц депрессия и сопутствующая

щие характеристики являются хроническими, то есть выступают как часть общей картины характера, а не как симптомы.

См. анаклитическая депрессия, возбуждение, гипомания, депрессивный невроз, депрессия, инволюционная депрессия, маниакально-депрессивный синдром, мания, тревожные расстройства.

[27]

АФФЕКТЫ (AFFECTS)

Комплексные психофизиологические состояния, включающие субъективные переживания, а также когнитивные и физиологические компоненты. Существуют различные признаки, по которым различаются чувства, эмоции и аффекты. Чувства — это основные, субъективно переживаемые состояния, которые могут быть блокированы от сознания; эмоции суть внешне наблюдаемые проявления чувств; понятие аффекта относится ко всем связанным с этим феноменом, многие из которых бессознательны. Однако эти термины нередко используются как взаимозаменяемые, относясь ко всему спектру — от элементарных до комплексных и когнитивно дифференцированных психических состояний. Относительно устойчивые и длительные аффективные проявления, вызванные и поддерживаемые бессознательными фантазиями, называются *настроением*.

В современном употреблении об аффектах говорят на трех концептуальных уровнях, относя это понятие 1) к клиническим проявлениям чувств, прежде всего связанных со спектром переживаний удовольствия/неудовольствия; 2) к сопутствующим нейробиологическим феноменам, включая гормональные, секреторные, вегетативные и/или соматические; 3) к метапсихологическим понятиям, связанным с представлениями о психической энергии, инстинктивных влечениях и их разрядке, сигнальных аффектах без разрядки влечений, Я и его структуре, структурном конфликте, объектных отношениях, психологии Самости и суперординантной организующей системе.

Субъективно-чувственные компоненты аффектов всегда имеют качество приятного или неприятного (за исключением чувств,

связанных с отчуждением и изоляцией). Таким образом, аффективные состояния почти всегда обладают свойствами мотивации. Когнитивные компоненты аффектов включают идеи и фантазии, сопровождающие возникновение любого аффективного состояния. Будучи специфическими для каждого индивида, такие идеи и фантазии концентрируются вокруг тем, имеющих непосредственное отношение к мотивационной стороне аффективного состояния. Тревога, например, активируется при восприятии угрозы, а сопровождающие ее когниции организуются вокруг этой темы, хотя специфическое их содержание зависит от переживаний и фантазий индивида в ситуациях восприятия опасности, начиная с детства.

Физиологические компоненты аффекта опосредуются как автономной нервной системой (покраснение, потливость, слезливость, усиление перистальтики, учащение пульса и другие всевозможные физиологические реакции), так и регуляторными функциями (изменение положения тела, мимика и пантомимика, тональность речи и др.) Факторы, определяющие интенсивность и состав физиологических компонентов специфических аффективных состояний, не выяснены.

С точки зрения развития, аффекты возникают на основе генетически обусловленных паттернов реакций. Считается, что девять таких паттернов (удивление, интерес, радость, дистресс, злость, страх, стыд, презрение и отвращение) универсальны, очевидны и легко идентифицируются на первом году жизни, хотя такое утверждение и неоспорно. Первичная биологическая реакция вскоре становится связанной со следами памяти, благодаря чему знакомые перцептивные паттерны мобилизуют соответствующую аффективную реакцию, которая предвосхищает то, что ожидает ребенка на основе ассоциаций. Поскольку эти ассоциации нередко включают в себя либидинозные и агрессивные объекты и переживаются как нечто относящееся к самому человеку, как правило, аффекты тесно связаны с репрезентантами себя и объектов, а также фантазиями, вызванными влечениями. Последнее привело к утверждению Фрейда о том, что аффекты представляют собой дериваты влечений. Однако в настоящее время аффекты рассматриваются как структуры Я,

которые могут быть совершенно не связанными с влечениями и конфликтами.

Аффекты выполняют важную адаптивную функцию, подготавливая индивида к соответствующей реакции на внешние или внутренние события, к коммуникации внутренних состояний субъекта с состояниями других людей и вызывая у них необходимые для него реакции. Природу чувственных состояний определяют перцепции, связанные с непосредственной стимуляцией, и ее интрапсихическая репрезентация (оцененная, интегрированная и соответствующая прошлому опыту). Оценка этих перцепций осуществляется одновременно по многим направлениям в зависимости от того, вызывают ли стимулы ощущение опасности, травмы, безопасности, удовольствия, хорошего самочувствия, самоуважения, удовлетворения инстинкта, самоконтроля, функционального удовольствия, вины, стыда либо их сочетание. Дериваты аффектов могут вызывать болезненные ощущения и ассоциации или сигнализировать об опасности; совладать с ними можно с помощью различных защитных действий.

Отсутствие адекватной и определенной теории аффектов привело к появлению конкурирующих психоаналитических воззрений; так, дискутируются вопросы о существовании бессознательного аффекта или доэдипова чувства вины, о важности непосредственного наблюдения за развитием, о том, являются ли определенные аффекты (например, депрессия) диагностическими категориями или сочетанием симптомов. Высказываются противоположные взгляды на то, соответствует ли появление определенных аффектов определенным периодам развития или какие периоды развития (например, эдипов или доэдипов) дают начало специфическим аффективным заболеваниям или группам симптомов.

[59, 129, 180, 544, 666, 668, 697, 752]

БАЗАЛЬНАЯ ЭНДОПСИХИЧЕСКАЯ СИТУАЦИЯ (BASIC ENDOPSYCHIC SITUATION)

См. теория Биона

БАЗИСНЫЕ ДОПУЩЕНИЯ (BASIC ASSUMPTIONS)

См. теория Биона

БЕССОЗНАТЕЛЬНОЕ (UNCONSCIOUS)

В качестве прилагательного термин относится к психическому содержанию, недоступному в данный момент осознанию, что можно видеть на примерах ошибочных действий, сновидений, бессвязных мыслей и умозаключений. Психика всегда активна, она выполняет множество функций и во время бодрствования, и во время сна, но лишь незначительная часть психической деятельности в каждый отдельный момент сознательна. Аффективные диспозиции, связанные с инстинктивными влечениями, побуждают желания и мотивы, стремящиеся к сознательному выражению, чему, однако, постоянно противодействуют иные силы, концептуализированные теперь как Я и Сверх-Я. Идея Фрейда о конфликте этих сил обозначила динамический подход к психическим процессам, который во многом опередил психологические воззрения его времени.

Все, что исключается из области сознания, даже если частично (предсознательное, Псз) и может быть пробуждено посредством фокусировки внимания, принадлежит сфере, называемой *дескриптивное бессознательное* (сокращенно Бсз).

В качестве существительного термин “бессознательное” (Бсз) означает одну из динамических систем, описанных Фрейдом (1915) в его ранней топографической теории психического аппарата. Фрейд полагал, что определенная часть психического содержания и психической активности, репрезентирующая влечения, никогда не была сознательной. На их пути стоит жесткая цензура, налагаемая предсознательным на систему бессознательного (*первичное вытеснение*). Остальное содержание достигло сознания, но затем было вытеснено (*собственно вытеснение*). Вытеснение осуществляется посредством особой энергии — *контркатексиса*. Концепция распределения и взаимодействия психических энергий составила третий, *экономический*, подход фрейдовской метапсихологии.

Хотя Фрейд полагал, что некоторые аффективные структуры бессознательного могут становиться сознательными, он считал, что бессознательные аффекты несравнимы с бессознательными идеями. Бессознательные аффекты — это те, которых избегают, поскольку вытеснены идеи, к которым они привязаны. Такие аффекты могут смещаться на другие идеи, имеющие определенное отношение к вытесненным, но в то же время отличающиеся от них, а потому приемлемые для сознания. Некоторые из этих *бессознательных дериватов* могут достигать сознания в виде замещающих образований или симптомов; другие же возвращаются в бессознательное, наталкиваясь на второй барьер цензуры, расположенный между предсознательным и сознательным.

В области бессознательного, по словам Фрейда, инстинктивные импульсы могут существовать, не оказывая влияния друг на друга. В этой области нет места сомнению, отрицанию или тому, что называется “степень уверенности”. Катексисы подвижны, легко поддаются смещению и сгущению; они соответствуют тому, что Фрейд назвал *первичным процессом*. Бессознательные процессы подвластны принципу удовольствия, безотносительны к реальности и не имеют времени. В частности, в бессознательном представлены детские желания; они постоянно создают сильную мотивацию поиска удовольствия без учета реальности и логики.

Содержание бессознательного может быть в целом отождествлено с Оно (в понятиях структурной теории), но некоторые аспекты Я (защитные механизмы, аффекты и др.) и Сверх-Я (моральные стандарты) также носят бессознательный характер. Это открытие привело к тому, что Фрейд разработал вторую топографическую модель, ныне известную как трехкомпонентная модель или структурная теория.

См. вытеснение, катексис, Оно, первичный процесс, предсознательное, принцип удовольствия/неудовольствия, сознательное, структурная теория, топографический подход.

[45, 288, 892]

БЕТА-ЭЛЕМЕНТЫ (BETA ELEMENTS)

См. теория Биона.

БИПОЛЯРНАЯ САМОСТЬ (BIPOLAR SELF)

См. психология Самости, терапевтическая цель.

БИПОЛЯРНЫЕ РАССТРОЙСТВА (BIPOLAR DISORDERS)

См. аффективные расстройства.

БИСЕКСУАЛЬНОСТЬ (BISEXUALITY)

1) Универсальная психическая диспозиция человека; 2) реальное сексуальное поведение. Каждый индивид через идентификацию с обоими родительскими объектами обнаруживает склонность в большей или меньшей степени либидинозно тяготеть к представителям обоих полов. Во взрослом возрасте, когда гетеро- либо гомосексуальная ориентация является относительно сформированной, один из компонентов становится большей частью бессознательным. Лицам бисексуального склада не требуется вытеснять сексуальную тревогу, в результате чего гетеро- и гомосексуальное поведение чередуются. Хотя частота сексуальных контактов того и другого типа может варьировать, очень часто преобладает гомосексуальный эротизм.

Наиболее распространены два паттерна бисексуального поведения. В одном случае индивид поддерживает гетеросексуальные отношения, включая создание семьи и рождение детей в репродуктивных и социальных целях, и удовлетворяет эротические потребности в гомосексуальных контактах. Во втором случае исповедуется гомосексуальный стиль жизни, который удовлетворяет индивида в либидинозном отношении, но время от времени стремится к гетеросексуальным контактам для сохранения самооценки.

Психопатология бисексуальности распределяется, как правило, по градиентам силы Я и объектных отношений. На одном конце спектра бисексуальность отражает проблемы примитивного самоопределения; недостаточная половая и сексуальная иден-

тичность дает начало тому, что по сути является полиморфным выбором сексуальных партнеров. На другом конце спектра находятся пациенты с относительно четкими образом тела и саморепрезентацией, чьи потребности, например в избавлении от чувства вины, в контрфобической защите от страха кастрации и в подкреплении самооценки, требуют сексуального единения с представителями обоих полов. Поэтому бисексуальное поведение можно наблюдать при различных состояниях — от невротических до пограничных и психотических.

См. *гетеросексуальность, гомосексуальность*.
[610, 817]

БЛАГОГОВЕНИЕ (AWE)

Термин, используемый в двух разных значениях. Первое из них может быть проиллюстрировано выражением “благоговеть перед кем-либо”. Второе значение соотносится с внезапным чувством подавленности, обычно связанным с небывалыми размерами, красотой, величием необычного искусственного или природного объекта или того, что воспринимается как сверхъестественное. Вероятно, тот и другой варианты употребления термина обусловлены идиентичным психологическим происхождением. Благоговение, означающее преклонение, связанное со страхом, в психоаналитической литературе обозначается как *фаллическое благоговение*, возникающее, когда ребенок, обретший четкое чувство индивидуальности, подавлен, в типичном случае — наблюдая эрегированный пенис отца. Второе значение этого слова предполагает чувство изумления, истоки которого можно увидеть в ранних постиндивидуационных впечатлениях от атрибутов материнского тела, в типичном случае — груди и соска. Состояния благоговения отражают выраженную регрессию с диффузией границ Я. Подобные переживания характеризуются чувством растворения в космическом пространстве и времени. В детском и подростковом возрасте переживания благоговения нередко оказывают глубокое и стойкое влияние и связаны с притязаниями и креативностью. Они тесно связаны с такими проявлениями, как покорность и

скромность, сопровождающими осознание собственной ограниченности перед лицом величия природы, достижений человечества и религиозного опыта. Состояния благоговения часто побуждаются различными ритуалами, такими, как посещение святых мест, живописными красотою, грандиозными театральными и оперными представлениями и т.д., что способствует возникновению чувства единения между членами группы. Благоговение, характеризующееся непреодолимым переживанием страха и ужаса, предполагает влияние ранней детской травмы. Подобные чувства подробно описаны в рассказе Эдгара Алана По.

[211, 369, 370, 403]

БОРЬБА/БЕГСТВО (FIGHT/FLIGHT)

См. *теория Биона*.

БУЛИМИЯ (BULIMIA)

См. *нервная анорексия*

ВЕРТИКАЛЬНОЕ РАЩЕПЛЕНИЕ (VERTICAL SPLIT)

См. *психология Самости*.

ВИНОВНЫЙ ЧЕЛОВЕК (GUILTY MAN)

См. *психология Самости*.

ВЛЕЧЕНИЯ Я (EGO INSTINCTS)

Часто употреблявшийся Фрейдом термин, особенно до того, как он сформулировал структурную гипотезу. В целом он является синонимом инстинкта самосохранения. Однако Фрейд (1912) писал: “Мы знаем... что сексуальные влечения находят свои первые объекты, присоединяясь к оценкам, сделанным влечениями Я” (с. 180), подразумевая, что влечения Я играют оп-

ределенную роль в формировании объектных отношений. В контексте структурной гипотезы, согласно которой роль Я состоит в модуляции выражения влечений в соответствии с требованиями окружения и Сверх-Я, влечения Я становятся противоположными Самости.

Моделл (1975) повторно ввел термин “влечения Я” в связи с попыткой согласовать структурную теорию с теорией объектных отношений. Он говорит о “спокойных” влечениях второго порядка, не связанных с функциями Оно и представляющих собой генетически детерминированные склонности индивида. Согласно Моделлу, эта группа влечений имеет отношение к таким феноменам, как развитие привязанностей и объектных отношений. От влечений во фрейдовском понимании они отличаются тем, что не имеют явного физиологического источника, им не требуется разрядка напряжения, они получают удовлетворение во взаимодействии с объектом, а не в результате осуществления направленного на объект побуждения; инициация паттернов поведения зависит от соответствующей стимуляции со стороны окружения.

См. инстинкт, инстинктивные влечения, теория инстинктов.
[272, 407, 617]

**ВНУТРЕННИЙ ОБЪЕКТ
(INTERNAL OBJECT)**

См. теория Кляйн.

**ВНУТРЕННИЙ
“САБОТАЖНИК”
(INTERNAL SABOTEUR)**

См. теория Фэйрбейрна.

**ВОЕННЫЙ НЕВРОЗ
(WAR NEUROSIS)**

Травматический невроз, связанный с переживаниями во время войны. Симптоматика невротических состояний этого типа сходна с таковой при травматическом неврозе — самоотчужденность, социальное

одинокость, раздражительность, повторяющиеся сновидения и внезапно возникающие образы, воспроизводящие пережитые события, выраженная тревога. Основным катализатором (или *стрессором*) обычно выступает смертельная опасность. Подобные переживания типичны для участника боя — индивид оказывается в ситуации, когда спасение и выживание представляются ему маловероятными. Другие оказываются свидетелями внезапной, непредвиденной смерти товарища, насильственного разрушения привычной среды обитания, на основании чего прогнозируют собственную близкую кончину.

При рассмотрении посттравматических симптомов часто упускают из виду “подъем”, переживаемый в пылу боя. Он аналогичен “подъему” при использовании наркотиков и даже превышает последний по интенсивности. Пациенты жаждут этого “подъема”, и воспроизводящие ситуацию образы могут служить цели повторного переживания.

У пациентов, переживших столь острую и сильную психическую травму, нередко наблюдаются трудности в межличностных отношениях. Они часто провоцируют драки и допускают иные нарушения, воспроизводя тем самым в миниатюре схватки, в которых участвовали. Поступая так, они часто вновь переживают “подъем”, но чувствуют также неодолимое чувство вины и стыда. Подобные явления влияют на возникновение чувства измененной Самости.

Основные проявления данного расстройства были отмечены Кэглем после Первой мировой войны, а в дальнейшем уточнены Гринкером, Кардинером и другими во время и после Второй мировой войны. Попытки отнести расстройство к структуре и функциям личности и объяснить симптоматику с точки зрения защит, обретенных и соматизации не были вполне успешными, хотя Гринкер указывал, что “реакция индивида на стресс несет на себе колорит его предшествующей личности” (с. 729), но при этом “независимо от того, сколь силен, здоров и устойчив человек, если он был вынужден пережить стресс, превысивший его индивидуальный порог, военный невроз одержит верх” (с. 731).

См. травматический невроз.
[148, 391, 481, 835]

**ВОЗБУЖДАЮЩИЙ
ОБЪЕКТ
(EXCITING OBJECT)**

См. *теория Фэйрбейрна.*

**ВОЗБУЖДЕНИЕ
(EXCITING)**

См. *характер.*

**ВОЗВРАЩЕНИЕ
ВЫТЕСНЕННОГО
(RETURN
OF THE REPRESSED)**

См. *вытеснение, психоневроз.*

**ВОССТАНОВЛЕНИЕ,
РЕСТИТУЦИЯ
(RESTITUTION)**

Термин обозначает гипотетический психический процесс, с помощью которого пациент-психотик пытается вернуть "утраченную" им реальность. На восстановление указывают такие симптомы, как бред, галлюцинации, особенности речи, кататоническая манерность и др. Оно является последним из трех основных явлений при шизофрении, описанных Фрейдом (1911). Эти явления он рассматривал как следствие обращения объектного либидо. Первое из них — разрыв с реальностью по мере того, как объектное либидо декатектируется в целях защиты. Мир и его объекты более не представляются реальными. Второе — ипохондрия и бред величия — возникает по мере того, как объектное либидо трансформируется в нарциссическое. Третье — восстановление (реституция) — характеризуется неудачным повторным катексисом репрезентантов объекта, соизмеримым с уровнем регрессии. Это явление отражает отчаянные попытки пациента восстановить контакт с миром. Однако в настоящее время восстановительные (реститутивные) симптомы принято рассматривать не только как следствие защитного обращения либидо, но и в качестве компромиссного образования, отражающего внутрисистемный конфликт. Они вызваны основными разрушениями

функций Я, в частности, проверки реальности, равно как и примитивными защитными действиями.

См. *психоз, реальность, шизофрения.*
[46, 269, 288]

**ВОСТОРГ
(ELATION)**

Аномально повышенное, неадекватное ситуации настроение, часто составляющее основной аффективный компонент маниакального и гипоманиакального состояний. Повышенное настроение связано с примитивной защитой отрицания; обычно оно сопровождается заметной физической и психической активностью.

В качестве аффекта даже неадекватный восторг не всегда является патологическим. Он может проявляться в детских фантазиях и в сновидениях, где задействован механизм отрицания. Маленькие дети используют отрицание как защиту, и восторг является первичным аффектом в младенческом возрасте. Однако в обычных условиях роль отрицания в зрелом возрасте минимальна, и восторг не представляет собой нормальное явление. Такие состояния воодушевления, как, например, энтузиазм, в формальном и динамическом отношении связаны с восторгом, но отличаются от последнего умеренностью, большей направленностью на реальность и адаптивностью.

См. *аффект, гипомания, мания, настроение.*
[385, 554, 676]

**ВУАЙЕРИЗМ
(VOYEURISM)**

Акт наблюдения за интимными, преимущественно сексуальными, действиями других людей. Вуайеризм характеризуется компульсивностью проявлений, сочетающихся с ощущением удовольствия. Термин охватывает широкий спектр клинических состояний, одни из которых считаются нормальными, другие — извращенными. Согласно Фрейду, вуайеристская тенденция (скопофилия) производна от скопофического парциального влечения; она играет важную

роль в развитии нормальной сексуальности. Вуайеризм также возникает в различных клинических сочетаниях, являющихся смешением нормальной и перверсной сексуальности. Основным общим элементом является навязчивая потребность разглядывать — прямо или косвенно — сексуальные объекты и сексуальные действия (например, читая порнографические материалы или ведя соответствующие телефонные разговоры). Перверсный вуайеризм предполагает навязчивую ненасытную потребность; он может приводить к высокой тревожности, чувству вины и мазохистскому поведению. Сам акт разглядывания часто имеет садистское значение. Он может выполнять и защитную функцию, защищая наблюдателя от активного действия. Для вуайеризма характерна фантазия инкорпорирования посредством взгляда, равно как и наличие экибистицистских импульсов — желание наблюдать гениталии партнера трансформируется в желание продемонстрировать собственные гениталии.

Сублимация скопофильческих побуждений может приводить к научной любознательности, художественному творчеству, в целом к любопытству. Вытеснение этих побуждений может привести к характерным запретам, застенчивости, подавлению нормального любопытства.

В развитии вуайеризма наиболее существенными оказываются три фактора.

1) По-видимому, в некоторых случаях predisposing фактором вуайеризма является еще не вполне понятный врожденный, первичный, общий гиперкатексис зрительной функции. Такой гиперкатексис часто можно встретить у художников, шахматистов, творческих мыслителей и математиков. Легкость возникновения эйдетических, аутосимволических и гипнагогических феноменов и в целом склонность к визуальному мышлению при вуайеризме характерны гораздо более, чем обычно подозревают.

2) Вторую группу predisposing факторов при вуайеризме составляют постнатальные переживания, оказывающие существенное воздействие на объектные отношения и сексуальность. Эти переживания появляются уже в младенчестве, когда ребенок видит лицо и грудь матери и между ребенком и матерью происходит визуальное общение. В число таких переживаний

включен и страх утраты объекта. Ранние сексуальные переживания, связанные с первичной сценой и видением гениталий взрослых, также predisposing к вуайеризму.

3) Вуайеристские перверсии могут быть обусловлены исключительно сильной травмой раннего детства (первый-второй годы жизни), связанной с резким разрывом отношений ребенка с матерью. Подобные травмы приводят к догенитальной фиксации, проблемам половой идентичности, ухудшениям функционирования Я и Сверх-Я, трудностям сублимации, неадекватности защитных образований — все это выступает факторами вуайеризма как перверсии. Простая скопофилия предполагает менее серьезные последующие травмы; их психологические последствия являются существенно менее острыми.

См. компонентные влечения, отождествление лица и груди, перверсия, скопофилия. [23, 24, 296, 683]

ВЫБОР НЕВРОЗА (CHOICE OF NEUROSIS)

См. психоневроз, симптом.

ВЫГОДА, ПЕРВИЧНАЯ (ПАРАНОЗИЧЕСКАЯ) (GAIN, PRIMARY) (GAIN, PARANOSIC)

Выгода, вторичная (эпизодическая) (Gain, Secondary) (Gain, Epinotic)

Бессознательно мотивируемое стремление извлечь выгоду из невротических симптомов или болезни. *Первичная (паранозическая) выгода* относится к мотивам, ведущим к образованию и первому проявлению симптомов. Она имеет два компонента. *Внутренний* компонент относится к выгодам от симптома как компромиссного образования между конфликтующими инстинктивными влечениями и силами вытеснения (Сверх-Я). Фрейд (1905) описал этот внутренний элемент как "сбережение психических усилий... наиболее приемлемое в экономическом смысле разрешение ситуаций, где имеет

место психический конфликт” (с. 43). (Мы говорим о “бегстве в болезнь”.) *Внешний* компонент первичной выгоды относится к использованию симптома для смягчения межличностных конфликтов или иных внешних угроз, служащих пусковым механизмом внутреннего конфликта.

Вторичная (эпизодическая) выгода представляет собой преимущество, которое пациент получает от уже сформированных симптомов, то есть преимущество, которое он не предполагал или не намеревался (бессознательно) получить в начальный период симптомообразования. Эта выгода не приводит к симптомообразованию, но способствует закреплению болезни и сопротивлению лечению. Вторичная выгода также может иметь внутренний и внешний элементы [Katz, 1963, с. 48], хотя внешний элемент значительно чаще является предметом аналитических дискуссий. Он относится к преимуществам, получаемым в межличностных отношениях и жизненных ситуациях. Внутренний элемент относится к возможностям использовать болезнь для регрессивного, нарциссического удовлетворения: Фрейд (1926) приводит пример обсессивного индивида, получающего нарциссическое удовлетворение от представления, будто он чище и совестливее других.

Примеры, приводимые Фрейдом и другими аналитиками для иллюстрации вторичной выгоды, свидетельствуют о расплывчатости понятия. Как правило, невозможно определить, присутствовал ли данный фактор, рассматриваемый в качестве вторичной выгоды, когда впервые формировался симптом. Еще сложнее локализовать во времени после свершившегося факта синхронность воздействия со стороны Сверх-Я и достижение нарциссической выгоды от болезни. Разграничение первичной и вторичной выгоды на основе четкого разделения момента симптомообразования и закрепления болезни также требует пересмотра. Как отмечает Кац (1963), выгода от болезни в защитном и адаптивном отношении меняется с момента симптомообразования в бесконечном процессе защитных усилий Я.

См. множественный детерминизм, симптом.

[253, 293, 312, 486]

ВЫТЕСНЕНИЕ (REPRESSION)

Барьер вытеснения (Repression Barrier) Первичное вытеснение (Primal Repression) Собственно вытеснение (Repression Proper)

Защитный процесс, посредством которого идеи устраняются из сознания. Вытесненное идеационное содержание несет потенциально мучительные дериваты влечений и соответствующие побуждения. Они несут угрозу аффективно болезненного чрезмерного возбуждения, тревоги или конфликта. Изначальный постулат Фрейда гласил, что вытеснение представляет собой только патологическое последствие того, что забытые детские сексуальные переживания пробуждаются в связи со стрессогенными событиями взрослой сексуальной жизни. Вскоре, однако, Фрейд расширил свое представление, рассмотрев вытеснение как вездесущий психологический феномен. В раннем психоанализе понятие “вытеснение” использовалось в качестве родового обозначения, эквивалентного *защите*. Несмотря на то, что вытеснение до настоящего времени занимает особое место среди механизмов защиты, раннее его понимание следует отличать от более позднего, ограниченного, которое было предложено Фрейдом в 1926 году.

Первичное вытеснение является стадией развития феномена вытеснения, корнящейся в детстве. (Сюда можно отнести и вытеснение, возникающее при взрослых травматических неврозах.) Такие первичные вытеснения приписываются незрелости психического аппарата ребенка. Предполагается, что первичное вытеснение в значительной степени ответственно за “нормальную” детскую амнезию.

Хотя первичное вытеснение связано с ранними вспышками тревоги, в первые дни и недели жизни оно не выступает как защита. Фрейд ясно указывал, что до достижения психическим аппаратом стадии организованности, необходимой для первичного вытеснения, инстинктивные побуждения парируются иными способами, например преобразованием в их противоположность или обращением на самого субъекта. Поначалу Фрейд полагал, что первичное вытесне-

ние заканчивается с овладением речью, но в 1926 году он утверждал, что это происходит с образованием Сверх-Я, что более соответствует теории в целом, клиническому опыту и множеству наблюдаемых феноменов, включая обычную детскую амнезию.

В топографической модели *барьер вытеснения* был размещен на стыке систем бессознательного и предсознательного, а в структурной модели — на стыке Оно и Я.

Объясняя первичную регрессию, Фрейд рассматривает два процесса. Некоторые ранние впечатления и порождаемые ими желания "первично вытесняются", поскольку становление вторичных процессов еще весьма далеко от своего завершения. Он назвал это "пассивно отставленным" объектом "фиксации". Вовлеченные в это силы продолжают оказывать непрямое, но очень глубокое, воздействие на психическую жизнь, но их идеационные репрезентанты из-за недостаточности предсознательных репрезентаций, не доступны сознанию. Более позднее исполнение этих желаний вызывает неудовольствие из-за несоответствия первичного и вторичного процессов и, следовательно, в связи с нормами и запретами последнего. В дальнейшем ассоциативно связанные импульсы становятся объектами тех же сил вытеснения; таким образом, первичное вытеснение является необходимым условием защиты, известной как *собственно вытеснение* (называемой также *вторичным вытеснением* или *последующим вытеснением*), возникающей в позднем детстве, подростковом возрасте или у взрослых.

В своей новой формулировке теории тревоги и защиты Фрейд (1926) эксплицитно определил мотив первичного вытеснения — избегание специфических стимулов, продуцирующих неудовольствие. Он добавил также предположение о том, что оно представляет собой реакцию на болезненную чрезмерную стимуляцию незрелого психического аппарата. Очевидно, что Фрейд считал верными как ранние, так и более поздние формулировки, и его допущения подтверждаются клиническим опытом. В обоих случаях первичное вытеснение рассматривается как возникающее в результате контркатексиса. Считается, однако, что собственно вытеснение предполагает также устранение энергии (то есть де-

катексис) имеющей место бессознательной идеации и функционально заменяет собой идеацию.

Первичное вытеснение делает доступными собственно вытеснению эмоционально заряженные идеи позднего детства, подросткового и взрослого возраста. Этот феномен возникает в результате либо последующей интрапсихической стимуляции, либо стимуляции со стороны внешней среды. Первоначально предполагалось, что ранние первичные вытеснения привлекают последующие ассоциированные идеи, которые становятся затем объектом сил вытеснения. Они привлекают также идеи, возникающие вследствие дисгармонии взрослой психической жизни, вызванной конфликтом влечений и нормами либо запретами ("двухтактная" теория). Согласно первой теории тревоги, Фрейд полагал, что влечения, ассоциированные с вытесненными идеационными представлениями, могут затем проявляться в виде тревоги. В последующих теоретических разработках собственно вытеснение рассматривалось как одна из возможных защитных реакций от инстинктивных влечений, которые порождают сигналы тревоги, вызванной рядом угроз в ходе развития.

Устанавливаемый вытеснением динамический баланс может разрушаться в связи с изменением силы влечения (например, в пубертатный период или в период старения), внешней стимуляции, соответствующей ранее вытесненным идеям, или изменениями вытесняющей структуры (Я), вызванными, например, заболеванием, сном, созреванием. Если вытесняющие силы открывают путь, то *возвращение вытесненного* может вызвать невротические симптомы, ошибочные действия и сновидения соответствующего содержания.

Успешное вытеснение означает, что катектированная идея существует вне сознания. Для удержания ее там требуется постоянный расход энергии контркатексиса. Или же энергия идеи может быть обращена в другое русло. Наконец, вытеснение может вынудить психическую организацию сместиться в сторону более примитивных уровней потребностей или структуры (регрессия).

Вытеснение явилось первой описанной Фрейдом в 1890-х годах защитой, связанной с невротами (Freud, 1895, 1896). До сих

пор считается, что это представление о вытеснении применимо к случаям истерии. "Вытеснение" является также важным психоаналитическим понятием, выходящим за рамки теории защиты, поскольку оно тесно связано с представлениями о бессознательном, теорией развития, большой и малой психопатологией и со все более совершенными моделями лечения, в которых считается важным устранение вытеснения.

См. защита, истерия, психический аппарат, регрессия, структурная теория, теория Фэйрбейрна, топографический подход, тревога.

[126, 222, 243, 244, 287, 312, 319, 878]

ГАЛЛЮЦИНАТОРНОЕ ИСПОЛНЕНИЕ ЖЕЛАНИЙ (HALLUCINATORY WISH FULFILLMENT)

Способность психического аппарата удовлетворять желания с помощью галлюцинаций является, согласно Фрейд, одной из важнейших его характеристик. Регрессия к галлюцинациям Фрейд рассматривал также в качестве важнейшего компонента работы сновидений, считая, что убежденность в реальности зрительных образов сновидения достигается именно благодаря их перцептивной природе. С этой точки зрения сновиденье как процесс представляет собой результат топографической регрессии, а видение сна аналогично самым ранним стадиям психического развития. Разумеется, галлюцинаторное удовлетворение иллюзорно, и из-за невозможности дать реальное удовлетворение оно влияет на формирование функции проверки реальности.

См. вытеснение, сновиденье, сновидение, память, реальность.

[243, 249, 292]

ГАЛЛЮЦИНАЦИЯ (HALLUCINATION)

Не вызывающий сомнений в своей подлинности чувственный образ объекта, которого в реальности не существует. Хотя обычно галлюцинации являются признаком

психоза, они могут возникать при истерии, при засыпании и пробуждении (гипнагогические и гипнопомпические феномены), при высокой температуре и при отравлениях. Галлюцинаторные образы могут иметь любую модальность и принимать разнообразие формы. Фрейд считал галлюцинации свидетельством возвращения вытесненного. Он предполагал, что их возникновение при психозах является попыткой восстановления, то есть попыткой вернуть либидо утраченным объектам. Слуховые галлюцинации при шизофрении могут быть связаны с любимыми в прошлом объектами, с которыми пациент пытается восстановить не только отношения преследования, но также любви и защиты.

См. восстановление, психоз, шизофрения.

[306, 309, 614]

ГЕНЕТИЧЕСКАЯ ОШИБКА (GENETIC FALLACY)

Ложное допущение, что функция или значение, имеющие место в настоящем, могут быть приравнены или сведены к их историческим предшественникам, как будто генетическая непрерывность несовместима с изменением функции. Например, возможно допущение, что выраженное оральное поведение непременно происходит из оральной фазы развития или представляет регрессию к ней, или что сложные формы функционирования (например, хирургическое искусство) происходят из компонентных влечений (например, анального садизма). В равной мере ошибочно представление о том, что определенные формы взрослого поведения имеют то же значение, что и при своем появлении в детстве.

Оллпорт (1937) метафорически выразил суть генетической ошибки: жизнь дерева есть продолжение жизни семени, но само семя более не питает дерево. Прежние цели сменяются последующими, а те, в свою очередь, уступают место новым. Подчеркивая, что историческая связь не обязательно является функциональной, Оллпорт использовал термин *функциональная автономия*. Гартманн (1964), соглашаясь с этим, утверждал, что структурный подход включает в себя понятие изменения функции, являющегося составной частью вторичной автоно-

мии. Генетическая непрерывность не исключает изменения функции, примером чего служат многочисленные формы сублимации.

См. *автономия, изменение функции.*
[22, 419, 548]

ГЕНЕТИЧЕСКИЙ ПОДХОД (GENETIC VIEWPOINT)

См. *метапсихология.*

ГЕНИТАЛЬНОСТЬ (GENITALITY)

Психические свойства, феномены и представления, связанные с гениталиями. Аналогично терминам *анальность* и *оральность*, *генитальность* является широким, общим понятием. В теории либидо утверждается последовательное доминирование сексуальных зон (оральной, анальной, уретральной, фаллической), чему соответствуют определенные формы организации Я, рассматриваемые как *стадии*. Эти стадии представляют собой теоретические конструкты, относящиеся к развитию, и их нельзя смешивать с чувственным функционированием.

Генитальная стадия — это заключительная стадия инстинктивного либидинозного развития. Предыдущие фазы и их конфликты интегрируются и соподчиняются соответственно генитальной ориентации, представляя новообразование, именуемое “приматом генитальности”, или психосексуальную зрелость. Фиксации и регрессии к более ранним стадиям препятствуют достижению примата генитальности и функционированию, соответствующему генитальной фазе.

Продуктивность использования понятия примата генитальности в теоретических построениях и в клинике оспаривалась многими авторами.

Росс (1970), Березин (Panel, 1969) и Лихтенштейн (1970) отвергают все определения примата генитальности, отождествляющие его лишь с оргазмическим функционированием. Способность к оргазму часто бывает никак не связана со зрелостью объектных отношений и возможностями Я. В клинике нередки случаи, когда сексуальное генитальное функционирование сопро-

вождается оргазмом, служащим прежде всего оральным или анальным целям. Сарлин (1970) дополнил представление о примате генитальности идеями, разработанными позже в психологии Я, в частности, представлениями о кризисах развития, зрелости идентификаций, контроле над либидинозными и агрессивными влечениями, процессах нейтрализации и сублимации. Этот взгляд разделяет Кернберг (1977). Обсуждая проблему любви, он говорит о “нормальной интеграции генитальности со способностью к нежности и стабильным, глубоким объектным отношениям (с. 82). Разработанная Фрейдом теория либидо основывалась на реконструкции данных, полученных при анализе взрослых. Данные аналитиков, работающих с детьми и подростками, полученные непосредственно от детей, являются более точными с точки зрения хронологии развития и определения подфаз. Дополнительные данные, вынуждающие к изменению исходных формулировок Фрейда, связаны 1) с непосредственными наблюдениями над детьми, 2) с современными разработками психологии Я и теории объектных отношений и 3) с психологией нарциссизма и Самости.

Эриксон (1950) предполагает существование ранней бисексуальной диспозиции у представителей обоих полов; он считает, что полная дифференциация генитальных модусов — “мужского вторжения” и “женского принятия” — возможна лишь в пубертате. Поэтому он предлагает заменить термин *инфантильная генитальная стадия*, предполагающий сочетание модусов и модальностей вторжения и принятия, более привычным — *фаллическая фаза*.

Кстенберг (1968) говорит о наличии ранней инфантильной *внутренней генитальной фазы*, в которой генитальные ощущения внутри тела вызывают тревогу, ведущую к экстернализации этих ощущений на поверхность тела или внешние предметы, например куклу. Эта фаза предшествует фаллической. В пубертатный период внутренняя генитальная фаза завершается, поскольку все компонентные влечения, включая фаллические, интегрируются в специфический для каждого пола примат генитальности.

Пэрнс (1980) считает, что термин *фаллическая фаза* характеризует первичный

мужской тип развития как первичный, и предлагает термин *первая инфантильная генитальная фаза* для обозначения периода между 24 до 36 месяцами. Этот термин согласуется с представлением о том, что мальчики и девочки развиваются на основе, соответственно, ранней первичной маскулинности или фемининности.

Ройф (1968) описывает раннюю генитальную фазу, характеризующую развитие как мальчиков, так и девочек между пятнадцатым и девятнадцатым месяцами жизни. Согласно наблюдениям, в этой фазе дети регулярно стимулируют гениталии — либо непосредственно (рукой или предметом), либо косвенно (посредством раскачивания, сжимания бедер и т.д.). Он пришел к выводу, что генитальный катексис и осознание генитальных различий между мальчиками и девочками возникают раньше, чем считалось до этого. Наблюдения показали, что дети делают различие между гениталиями и органами выделения, хотя незрелость образа тела препятствует высокому уровню дифференциации. Девочки, по-видимому, придерживаются единого представления об этой области как о клоаке, которое может сохраняться до подросткового возраста (Shopper, 1979). Таким образом, определение того, что является “гениталиями”, зависит от степени отчетливости и дифференцированности образа тела.

См. *психосексуальное развитие, символ*.
[189, 256, 493, 498, 561, 660, 678, 730, 737, 754, 780]

ГЕТЕРОСЕКСУАЛЬНОСТЬ (HETEROSEXUALITY)

Сексуальный интерес к лицам противоположного пола и эротическая направленность на них. Гетеросексуальная организация личности основывается на половой идентичности, соответствующей анатомии и сексуальной идентичности, комплементарной идентичности противоположного пола. Исследования, проведенные на животных, показывают, что главную роль в установлении стереотипов ухаживания и совокупления играют гормональные воздействия центральной нервной системы (ЦНС). Хотя аналогичное обусловливание со стороны

ЦНС, по-видимому, присуще и человеку, убедительных подтверждений этому нет.

Беспорная роль в формировании сексуальной ориентации принадлежит постнатальным психологическим факторам. Это показано в исследованиях развития оральных, анальных и фаллических влечений, соответствующего им катектирования объекта репрезентаций Самости и их последующей организации при доминировании генитальности. Исходным пунктом становления гетеросексуальности является развитие *половой идентичности* на втором году жизни, на пике преодоления кризиса сепарации-индивидуации. Половая идентичность включает в себя базисную интернализацию межполовых различий, идентификацию со своим полом и комплементарную идентификацию с противоположным полом, благодаря чему распознаются реципрокные репродуктивные роли того и другого пола — производить и рожать ребенка). Успешное становление половой идентичности у мальчиков предполагает дезидентификацию с матерью и идентификацию с отцом. Аналогичный процесс для девочек не обязателен, что наводит на мысль о том, что этот характерный для мальчиков дополнительный шаг влияет на их большую подверженность нарушениям половой и сексуальной идентичности.

Второй важной вехой на пути развития сексуальной ориентации является становление *сексуальной идентичности* в эдиповой фазе. Нарастающее давление влечений, направленных на инцестуозные объекты, перестройка диадических объектных связей в триадические, усиление страха кастрации и соответствующее структурирование психики делают этот период критическим для развития сексуальной ориентации. Мальчики, у которых развивается гетеросексуальная идентичность, идентифицируются с отцом, несмотря на его воображаемую роль потенциального оскопителя, поскольку угроза переводится в структуры Сверх-Я и Я-идеала. Точно так же мальчики вытесняют инцестуозные желания по отношению к матери без замещения эротического интереса к женщинам идентификацией. Остатки этих конфликтов и компромиссов отражаются не только в гетеросексуальной идентичности, но и в личном эротиз-

ме, проявляющемся в предварительной сексуальной игре, особой привлекательности определенных представителей противоположного пола, а также в выборе сексуального и брачного партнера.

В женском варианте гетеросексуального развития девочка продолжает идентифицироваться с матерью, несмотря на чувство генитальной неполноценности и фантазий по поводу того, что мать лишила ее пениса. В этом помогает прочная половая идентичность. Нарциссическая обида девочки, чувства униженности, вины по поводу воображаемой кастрации позволяют развиваться не компенсаторной идентификации с отцом, а либидинозному интересу к нему. Поскольку воображаемый пенис уже отсутствует, девочки не так сильно переживают страх кастрации; соответственно и инцестуозный либидинозный катексис отца и тех, кто его заменяет, переносится девочками легче, чем мальчиками.

При формировании половой идентичности мальчиков — но не девочек — происходит дезидентификация с первичным объектом. С другой стороны, в эдиповой фазе гетеросексуальные девочки переносят свой фаллический либидинозный интерес к матери в сторону более приемлемой генитальной ориентации, то есть на отца. Некоторые авторы полагают, что подобное смещение определяет в дальнейшем то, что женщины чаще испытывают любовные и сексуальные неудачи.

У гетеросексуальных индивидов не столь выражен негативный эдипов комплекс. Однако остаточные бессознательные гомосексуальные желания до некоторой степени сохраняются после разрешения этого комплекса и способствуют процессу комплементарной идентификации с противоположным полом, который начался с формированием половой идентичности. Мужчина, например, может оценить то, что женщина любит мужчину, он может также обнаружить истинную, хотя и сублимированную женственность в своей нежности и заботе.

Нередко гетеросексуальность сравнивается и противопоставляется гомосексуальности. Главное различие между ними состоит в том, что, несмотря на компромиссные образования, которые могут повлиять на сексуальное поведение, при гетеросексуаль-

ности сохраняется либидинозный интерес к противоположному полу и репрезентации Самости, комплементарные противоположному полу. Именно это имеет место, например, при гетеросексуальных перверсиях, даже если сексуальные проявления могут быть компромиссными.

См. гомосексуальность, половая идентичность, психосексуальное развитие, эдипов комплекс.

[311, 340, 341, 610, 663]

ГИПОМАНИЯ (HYPOMANIA)

Патологическое психическое состояние, характеризующееся не соответствующими реальным жизненным обстоятельствам пациента душевным подъемом и завышенной самооценкой, а также гиперактивностью и жаждой новых впечатлений и переживаний. Гипомания представляет собой смягченную форму мании и встречается при различных психиатрических состояниях, включая пограничные и невротические расстройства. Как правило, мания представляет собой фазу маниакально-депрессивного заболевания и лишь редко возникает как симптом. У циклотимических личностей или при расстройствах, рассматриваемых некоторыми авторами как невротический эквивалент маниакально-депрессивного психоза, гипомания может чередоваться с депрессией, но эти фазы протекают недостаточно остро для того, чтобы нарушить функцию проверки реальности и, следовательно, не могут квалифицироваться как маниакально-депрессивное состояние. Гипомания может встречаться как в рамках выраженных патологических состояний, так и у лиц с достаточной адаптацией. Например, художник-циклотимик в гипоманиакальной фазе может быть необычайно продуктивен.

Хотя предполагается, что типичные для мании фантазии и защиты Я — отрицание, идеализация и слияние Самости и объекта — лежат в основе гипоманиакального состояния, их влияние на поведение смягчается относительно здоровым Я. Таким образом, полной утратой границ, потерей чувств реальности, распадом Сверх-Я и

полной утратой критического самосознания гипомания обычно не сопровождается.

См. *восторг, мания, настроение*.
[453, 554]

ГЛУБИННАЯ ПСИХОЛОГИЯ (DEPTH PSYCHOLOGY)

Заслуга введения этого термина в целом признается за Блейлером, расширившим границы академической рациональной и органически ориентированной психологии, введя в них открытые Фрейдом области бессознательного, бессознательные мотивы и феномены.

Отчасти по той же причине Фрейд, Гартманн, Рапапорт, Гилл и другие формулировали и разрабатывали метапсихологию ("по ту сторону психологии"), они стремились охватить весь спектр психических феноменов, конфликтов и компромиссных образований — от глубоко бессознательных до полностью осознаваемых, описанных в рациональной, когнитивной и физиологической психологии. Поэтому в обыденном, нетехническом значении глубинная психология иногда отождествляется с тем, что охватывается психоаналитическими теориями.

В некоторых случаях термины "глубинная психология" и "динамическая психология" используются как взаимозаменяемые, ретроактивно применяясь по отношению к разработкам тех, кто, осознанно или неосознанно, писал о бессознательных феноменах, обрисовывал их или теоретизировал по их поводу до возникновения психоанализа или вне него.

См. *метапсихология*.
[281, 287]

ГОМОСЕКСУАЛЬНОСТЬ (HOMOSEXUALITY)

Выбор объекта того же пола для достижения субъектом сексуального возбуждения и удовлетворения. Гомосексуальная склонность может быть *открытой* (то есть сознательно приемлемой и выражающейся в сексуальной активности с соответствующим партнером либо в фантазиях, сопровожда-

ющихся мастурбацией и оргазмом), латентной или бессознательной. При *латентной гомосексуальности* эротическое предпочтение скрыто, но обладает потенциалом для того, чтобы проявиться. Этот термин применяется по отношению к лицам, не вступающим в гомосексуальные отношения по причине социальных запретов либо внутренних конфликтов, временно блокирующих принятие или осознание собственной гомосексуальности. *Бессознательная гомосексуальность* может быть распознана в скрытой форме при анализе характерологических нарушений, неврозов, сновидений и психозов, хотя такие пациенты редко становятся открытыми гомосексуалистами. Такое разграничение может с пользой применяться во многих случаях, но оно не является общепринятым; часто термины "латентная гомосексуальность" и "бессознательная гомосексуальность" используются как взаимозаменяемые. Бессознательная гомосексуальность в той или иной степени присутствует у каждого гетеросексуального индивида.

Фрейд полагал, что гомосексуальное либидо отвлекается от физических объектов к социально приемлемым (сублимация) либо "направляется на службу" вызывающему восхищение лицу или делу (в границах, определенных Я-идеалом). Оно может проявляться в сновидениях или других регрессивных состояниях и в усилении тревожности. Вместе с тем даже у лиц с явной гомосексуальностью имеются элементы гетеросексуальности.

Фрейдом (1905) описаны три типа гомосексуалистов: *абсолютные, амфигенные и контингентные*. Абсолютный, эксклюзивный или облигаторный гомосексуальный индивид возбуждается только лицами того же пола; к лицам противоположного пола он индифферентен или враждебен. Амфигенный индивид способен вступать в сексуальные контакты с лицами обоего пола. В настоящее время для обозначения такого открытого сексуального поведения термину *амфигенный* предпочитают обозначение *бисексуальный* — он не обязательно соотносится с тем, что Фрейд считал общей бисексуальной предрасположенностью человека. Радо (1949) назвал это "вариативной" гомосексуальностью.

Контингентно гомосексуальные индивиды (*ситуативные* по Радо) — это лица, способные принять гомосексуальный способ

удовлетворения, если объекты противоположного пола недоступны (например, в тюремном заключении). Значительно труднее классифицировать лиц, чья сексуальная ориентация изначально гетеросексуальна, но которые по тем или иным причинам эпизодически вступают в гомосексуальные связи. К этой группе относятся подростки (гомосексуальная активность защищает их от тревоги, характерной для данной стадии развития), а также лица, мотивированные оппортунистическими соображениями.

Рассмотренные классификации различают виды гомосексуальности соответственно проявлениям сексуального поведения. Они полезны в описательном смысле, однако не учитывают психологические и психодинамические факторы, во многом бессознательные, отвечающие за гомо- или гетеросексуальный выбор объекта. С психоаналитической точки зрения, всякое сексуальное поведение человека предопределяется многочисленными факторами развития в сочетании с влияниями внешней среды. Возникая на доэдиповой и эдиповой стадиях, эти факторы подвергаются вытеснению, становятся бессознательными и не пробуждаются в обычных обстоятельствах. Поэтому некоторые авторы утверждают, что мы не знаем ничего о том, какие ранние факторы определяют выбор объекта. Например, по мнению ряда исследователей и клиницистов, семейные конstellации у многих гетеросексуальных индивидов идентичны тем, что считаются способствующими гомосексуализму, а родительское отношение ко многим гомосексуалистам соответствует "среднеожидаемому" (Isay, 1986). Релевантные динамические факторы могут быть обнаружены только при последовательном применении психоаналитических техник.

Попытки установить соматические (хромосомные и гормональные) факторы, влияющие на формирование сексуальной ориентации, пока неубедительны.

Соматические факторы, особенно в пренатальный период, определяют анатомический пол; выбор же объекта, как представляется, детерминирован средой. Как постулируют психоаналитики, конфликты стадии сепарации-индивидуации или эдиповой стадии могут приводить к идентификации с

родителем противоположного пола и к гомосексуальному выбору объекта.

До 50-х годов текущего столетия исход эдиповой стадии рассматривался как главное объяснение возникновения гомо- и гетеросексуальности. Многие гомосексуальные мужчины переживали чрезмерную привязанность к матери в период ранних эдиповых взаимоотношений. Оставаясь "верными" ей, они не могли перенести свои сексуальные чувства на других женщин без того, чтобы не испытывать инцестуозные фантазии и соответствующие запреты, а поэтому переориентируются с женщины на мужчину. Негативному разрешению эдиповой стадии способствуют также страхи кастрации, сопровождающиеся частичной регрессией к оральному или анальному уровню интеграции и фиксации. Хотя мальчик и боится вмешательства и проникновения в свой мир (или кастрации) со стороны более могущественного мужчины (отца), он может желать инкорпорировать отцовскую силу — оральным либо анальным путем — и стремиться к безопасности, основанной на зависимости от отца. Негативный эдипов комплекс, способствующий гомосексуальному исходу, обычно связан также с проблемами более ранних доэдиповых взаимоотношений с матерью, во многом влияющими на чрезмерную привязанность к отцу.

Новейшие исследования в области сексуальной ориентации и раннего детского развития подчеркивают значимость доэдиповых влияний, определяющих неудачный переход от единства матери и ребенка (в младенческом возрасте) к индивидуации. Хотя в некоторых случаях выявлены преобладающие доэдиповы и эдиповы влияния, большинство включает механизмы, соответствующие многим уровням фиксации и регрессии. Корреляции с различными уровнями психопатологии, зависящими от точки фиксации или задержки развития, уровня функций Я и использования примитивных защит, могут быть аналогичны как для гомо-, так и для гетеросексуальных лиц. Соответственно, хотя психоаналитические исследования детской сексуальности, конфликтов, защит и компромиссных образований предоставляют базовые данные относительно психосексуальности, детерминанты гомосексуального выбора

объекта до сих пор не отслежены с достаточной ясностью. Бессознательные основы гомосексуального и гетеросексуального выбора объекта различны. Они не обязательно коррелирует с клинической картиной, наблюдениями, а распадаются только при психоаналитическом исследовании.

Многие гомосексуалисты способны к адаптации и не обнаруживают явных признаков психопатологических нарушений. Гомосексуальный акт может являться защитой от конфликтов и тревоги, допуская тем самым высокий уровень личностного развития и достижений в иных областях. Нарушения по одной из линий развития может не оказывать заметного разрушающего влияния на другие линии. Таким образом, вполне возможно, что объектные отношения детерминированы своего рода психопатологией, которая может сосуществовать с гомосексуальностью так же, как и с гетеросексуальностью. Как гомо-, так и гетеросексуальные индивиды в равной степени способны поддерживать зрелые и длительные привязанности; в то же время те и другие могут обнаруживать признаки мазохистских, нарциссических, депрессивных, пограничных или психотических расстройств. В связи с этим Фрейд писал:

1. Инверсия [Этому термину он отдавал предпочтение перед термином *гомосексуальность*] обнаруживается у людей без признаков каких-либо других существенных отклонений от нормы.

2. Она обнаруживается у людей с сниженной продуктивностью, отличающихся при этом высоким интеллектуальным развитием и уровнем этической культуры (с. 138—139).

Женская гомосексуальность (лесбиянство) исследуется и описывается аналитиками не столь активно, как мужская, и сформулированные положения относительно этого феномена более спорны. Как и в случае мужской гомосексуальности, в ранних теоретических представлениях внимание концентрировалось на конфликтах фаллически-эдиповой фазы, инцестуозных желаниях девочки по отношению к отцу (и братьям), соперничестве и неприязни по отношению к матери (и сестрам); то и другое порождает тревогу и чувство вины, что может завершиться защитной регрессией на уровень доэдиповых отношений девочки с матерью. Интенсивность конфликтов часто

подкрепляется реальной или воображаемой первичной сценой обнажения, а также садомазохистскими представлениями о половом акте. Острый страх кастрации и зависть к пенису, страхах пассивных желаний и пенетрации, разочарование в отце ассоциируются с возрастающей тенденцией к маскулинной идентификации. Девочка может идеализировать мать, но иногда в ходе анализа обнаруживается, что мать была отчуждена, назойлива, контролировала телесные функции и запрещала инфантильное сексуальное удовлетворение (включая мастурбацию). В этом контексте партнер становится эрзацем “хорошей матери”, и в гомосексуальной активности, по-видимому, отыгрываются счастливые симбиотические отношения, что являет попытку отрицать эдипов конфликт: дочь не ненавидит мать, а любит ее, мать же не фрустрирует сексуальные желания, а удовлетворяет их. Такое разрешение конфликта, однако, как правило, является нестабильным, поскольку интенсивная близость может нести угрозу, а маскулинная идентификация может возникнуть как защита от тревоги, основанная на фантазии о спянии с матерью.

Современные авторы также признают значение эдипова конфликта, но большее внимание уделяют нарушениям взаимоотношений матери и ребенка в доэдиповой фазе процесса сепарации-индивидуации. Эти нарушения могут усиливаться, а половая идентичность искажаться врожденными дефектами, повторяющимися медицинскими процедурами, физическими или эмоциональным отсутствием матери. Это приводит к фиксации и делает более вероятной регрессию вследствие эдипова конфликта. В ситуациях депривации и пренебрежения со стороны матери гомосексуальный партнер может представлять собой переходный объект, утрата которого вызывает острую тревогу или депрессию, угрожает интеграции личности или половой идентификации. Острая физическая или душевная боль усиливает зависимость ребенка от матери, а также обостряет враждебность и агрессию по отношению к ней; как следствие, иногда возникает защитный мазохизм. Если мать поощряет зависимость дочери или принижает значение ее телесности, интенсифицируются фантазии и страхи, связанные с кастрацией. Большое значение в формировании женской гомосексуальной

ориентации имеет позиция отца, критикующего и дискредитирующего мужчин, которые интересуются дочерью, разочарование в гетеросексуальной любовной жизни или супружестве или же сомнение в доступности гетеросексуальных объектов. Таким образом, феномен гомосексуальности обусловливается комплексным взаимодействием биологических, онтогенетических, интрапсихических и культурных влияний.

См. *бисексуальность, гетеросексуальность, женская психология, защита, кастрация, множественный детерминизм, объект, половая идентичность, топографический подход, фиксация, эдипов комплекс.*

[52, 158, 233, 256, 301, 316, 320, 444, 675, 696, 787, 789]

ГОРИЗОНТАЛЬНОЕ РАСЦЕПЛЕНИЕ (HORIZONTAL SPLIT)

См. *психология Самости.*

ГОСПИТАЛИЗМ (HOSPITALISM)

Катастрофическая картина симптомов, развивающаяся на первом году жизни у детей, которые воспитываются в специальных учреждениях или по иным причинам испытывают острую материнскую депривацию. К этим симптомам относятся ухудшение физического состояния, повышенная восприимчивость к инфекциям, подверженность заболеваниям, высокая смертность, ухудшение, задержка и дисфункция психического функционирования. Среди выживших детей обнаруживаются повышенная частота психических расстройств, задержка психического развития и антисоциальные наклонности.

Психиатрические последствия госпитализма впервые были изучены в тридцатые годы, однако первое систематическое исследование патогенетических факторов, обуславливающих этот синдром, принадлежит Шпицу (1945). Он изучал младенцев, которые находились в благоприятных условиях с точки зрения гигиены и питания, но были лишены нормальной аффективной поддер-

жки со стороны матери. Начиная с третьего месяца жизни отмечались ухудшение физического и психического состояния с крайней подверженностью инфекциям и заболеваниям, высокая смертность, причем даже от заболеваний, обычно не приводящих к фатальному исходу. Дети страдали депрессией, были заторможены, пассивны, амимичны, с плохой координацией глаз. Со второго года жизни выявлялись признаки глубокой физической и психической отсталости: дети не могли сидеть, стоять, ходить, говорить. Последствия госпитализма долговременны и в целом необратимы.

В своих новаторских работах Шпиц показал, что адекватный материнский уход абсолютно необходим для здорового физического и психического развития. Шпиц различал госпитализм, формирующийся в связи с тотальной эмоциональной депривацией, и *анаклитическую депрессию*, возникающую в ситуации, когда изначально нормальная ситуация отношений между матерью и ребенком прерывается, и ребенок оказывается в депривации.

В последнее время термин *госпитализм* распространяется на все случаи острой материнской депривации независимо от конкретных обстоятельств. Так, например, Леон Крейслер (1984) использует понятие *внутрисемейный госпитализм* для описания ситуации, когда мать не способна эмоционально реагировать на ребенка.

См. *анаклитическая депрессия.*
[518, 693, 741, 798, 800, 805]

ГРАНДИОЗНАЯ САМОСТЬ (GRANDIOSE SELF)

См. *психология Самости.*

ДЕАГРЕССИВАЦИЯ (DEAGGRESSIVATION)

См. *психическая энергия.*

ДЕЙСТВИЕ (ACTION)

В широком смысле — любое мотивированное поведение. Действие предполагает

направленность, цель и смысл, хотя направленность не обязательно сознательна, смысл может быть скрыт, а действие не обязательно доступно наблюдению; оно не всегда сопряжено с моторной активностью. Рефлексы и другие физиологические феномены, равно как и внешние события, не являются действиями в психологическом смысле. Хотя слова “акт” и “действие” нередко используются как взаимозаменяемые, первое из них означает нечто свершившееся или выполненное, второе означает процесс, включающий более чем один шаг, процесс, который продолжается или предполагает возможность повторения. Заключенная в действии последовательность инициируется психическим импульсом, который модифицируется различными психологическими функциями и либо осуществляется, либо сдерживается.

Мышление, фантазирование, речь, равно как подавление импульсов или отказ от действия, рассматриваются как мотивированное поведение и согласно приведенному определению являются действиями. Однако в психоаналитических рассуждениях по этому поводу наблюдается определенная непоследовательность. Считается, что действие включает моторные проявления, то есть представляет некоторую активность, опосредствованную телесной мускулатурой и направленную на самого субъекта или на внешние одушевленные и неодушевленные объекты. Анализируемого просят воздержаться от таких действий и, лежа на кушетке, пытаться свободно ассоциировать, подражая тем самым, что чувствование и речь не являются действиями. Вместе с тем является общепризнанным, что молчание, а порой и речь могут являть собой отыгрывание, то есть действие (действие — action, отыгрывание — acting out), равно как и определенное деструктивное комплексное поведение за пределами лечебной ситуации.

Стройной психоаналитической теории действия не существует. В соответствующей литературе рассматриваются в большей степени не теоретическая, а клиническая проблематика — психоаналитиков больше занимало отыгрывание, а не действие. Неудачные попытки разграничить оба понятия привели к расширению — и расплывчатости — понятия *отыгрывание*. Шефер (1976), пытавшийся переформулировать положения

психоанализа, представив его как изучение человеческого действия, работал в рамках четко обозначенного определения действия, но предложенная им концепция “языка действия” широкого признания не получила.

При рассмотрении клинического психоанализа, по-видимому, необходима дихотомия, противопоставляющая корневые элементы психоаналитического процесса (чувствование, мышление, запоминание, фантазирование, продуцирование свободных ассоциаций, речевое общение) другим компонентам действия, многие из которых (но не все) предполагают моторные проявления. Психоаналитик видит в действии в первую очередь нечто противоположное психоаналитическому процессу, например, когда психопатология принимает форму деструктивного, дезадаптивного либо неадекватного поведения. Тем не менее определенные аспекты действия имеют непосредственное отношение к психоанализу.

Адаптивное действие является результатом разрешения и интеграции потребностей, защит и внешней реальности, достигнутым за счет удовлетворительного компромисса, приведшего к относительной внутренней гармонии и эффективному самоуправлению. Это не означает отсутствие конфликта; речь идет об эффективном функционировании Я, интегрирующего дериваты влечений и влияние Сверх-Я на оптимальном уровне. В ходе психоаналитического лечения проработка и интегрирующие инсайты только тогда приводят к изменениям, когда подкрепляются соответствующим действием.

Невротическое действие соотносится с широкой категорией патологических типов поведения, возникающих при разных формах психопатологии, где компонент действия является отчетливым выражением невротического конфликта. Характерными примерами могут служить навязчивые ритуалы и саморазрушительные действия. У лиц, страдающих неврозом, функционирование Я менее эффективно; над ним доминируют дериваты влечений и жесткие защитные механизмы. Невротическое действие может символизировать бессознательный конфликт либо воспроизводить раннюю детскую травму.

Импульсивное действие отличается от невротического тем, что обычно несимволич-

но и неспецифично; оно является результатом общего нарушения контроля над импульсами, включая отсутствие толерантности к фрустрации и задержке.

Отыгрывание в узком смысле определяется как действие, возникающее в ответ на терапевтическую ситуацию, опосредованную переносом.

Фрейд рассматривал мышление как *пробное действие*, осуществляемое с небольшими затратами энергии. Процесс мышления позволяет индивиду использовать восприятие, память, суждение для предсказания последствий действия без реального его осуществления.

Обсуждая *рациональные и иррациональные действия*, Гартманн (1947) подчеркивал, что адаптивное поведение возникает в том случае, если все психические тенденции подчинены организующей функции Я.

Действие — это естественный способ выражения у детей и основное средство коммуникации с ними в процессе терапии. Пиаже, Малер и другие неоднократно подчеркивали роль моторного поведения в развитии и становлении идентичности. В подростковом возрасте действия используются для регуляции напряжения, а некоторые пациенты с пограничными расстройствами используют действие как защиту от утраты идентичности. Действие в форме телесных движений и разнообразных поз может также служить средством общения. Ренгелл (1981) уделял особое внимание взаимосвязи действия и инсайта как фактору становления самоконтроля и изменений.

Действие определялось здесь в терминах поведения, и оба понятия имеют сходное значение. Для более тонкой дифференциации см. *поведение*, а также *импульсивные расстройства, отыгрывание, симптом, симптоматический акт*.

[410, 661, 702, 739, 760]

ДЕПЕРСОНАЛИЗАЦИЯ (DEPERSONALIZATION)

Изменение самовосприятия, при котором временно утрачивается или искажается представление о собственной реальности. Образ себя расщепляется на отстраненное

наблюдающее Я и действующее или переживающее Я, что сопровождается чувством самоотчуждения или нереальности Я. Основным для данного феномена является чувство нереальности. Части тела или сам человек могут казаться измененными, нереальными, не принадлежащими себе; чувство собственной идентичности сохраняется, но связь с наблюдающим Я сильнее, чем с действующим. Нередко феномен сопровождается быстро возникающим и постепенно пропадающим головокружением. Переживания не носят характера бреда, сноподобны и обычно (хотя не всегда) неприятны.

С феноменом, называемым *деперсонализацией*, могут быть связаны разнообразные измененные состояния Я; некоторые авторы относят все эти состояния к деперсонализации, другие пытаются их дифференцировать. В частности, состояние деперсонализации часто сопровождается *дереализацией* — чувством отчужденности от внешнего мира, хотя одно из них может быть более выраженным. Деперсонализация и дереализация могут возникать у нормальных людей в ситуациях реальной внешней опасности. Оба феномена служат фантазии отрицания, то есть фантазии о том, что опасность нереальна или сам человек лишь наблюдатель, не вовлеченный в опасную ситуацию.

Многие авторы едины в том, что деперсонализация "является результатом интрапсихического конфликта, при котором Я в той или иной степени неудачно пытается защитить себя от тревоги" (Arlow, 1966, с. 459). В более ранних работах феномен деперсонализации пытались объяснить в терминах экономической концепции как результат массивных смещений либидинозного катексиса или контркатексиса в отношении собственных чувств, либо отвлечения катексиса от внешних объектов.

Якобсон (1959) постулировала, что стабильность и чувство близости образа Я зависит от совместности, гармоничного взаимодействия между Я и Сверх-Я и нарциссических идентификаций. Если Оберндорф предполагал наличие межсистемного конфликта, противостояния Сверх-Я телесному Я, то Якобсон рассматривала конфликт как внутрисистемный — между несовместимыми идентификациями. К отвергаемым и отчуждаемым аспектам Я относятся

неприемлемые эксгибиционистские или агрессивные желания, садомазохистские стремления и соблазны, а также идентификация с образом униженного объекта.

См. дереализация, защита, измененные состояния Я, конфликт, метапсихология, регрессия, функции Я.

ДЕПРЕССИВНАЯ ПОЗИЦИЯ (DEPRESSIVE POSITION)

См. теория Кляйн.

ДЕПРЕССИВНЫЕ НЕВРОЗЫ (DEPRESSIVE NEUROSES)

Состояния, с психодинамической точки зрения соответствующие психоневрозам, главным проявлением которых является депрессивный аффект. Существуют несколько форм депрессивного невроза. Большинство из них предполагают те же провоцирующие факторы и характерные личностные черты, что и большинство аффективных расстройств, но при депрессивных неврозах оценка реальности сохранена, а симптомы менее выражены, чем при психотических реакциях.

Хотя в настоящее время *реактивная депрессия* в целом отождествляется с *невротической депрессией* или *ситуационной депрессией*, изначально термин относился к психотической депрессии, которая, в отличие от эндогенной депрессии, возникает как реакция на провоцирующие факторы. Депрессивное настроение развивается у лиц, переживающих изменения или угрозу изменений жизни. При этом важным психодинамическим фактором является сознательное или бессознательное восприятие таких перемен, как личная утрата. Обычно утрату легко идентифицировать. Это может быть измена возлюбленного, смерть супруга, развод, потеря работы и т.д. Однако в других ситуациях необходимо установить ее бессознательное символическое значение. Например, продвижение по службе может переживаться скорее как утрата, а не как успех, если более низкий статус использовался индивидом в качестве защиты от эдипова конфликта; на бессознательном уровне потеря защитной адаптации приводит к появлению

чувства вины, связанного с эдиповым триумфом: продвижение по службе символически означает превосходство над отцом.

Многие люди, у которых сформировалась константность объекта, остро реагируют на изменения. Для адаптации в новых условиях им необходимо ослабить связь с прошлым, пережить утрату обретенного, что типично для процесса печали. Человек может испытывать трудности после утраты, особенно если он был слишком зависим от других, чтобы сохранить самооценку. Лица с подобной зависимостью особенно подвержены ситуационной депрессии. Они сохраняют интенсивные, но амбивалентные внутренние отношения с психическими репрезентантами утраченного объекта. Любовь к репрезентируемому объекту приводит к идентификации, направленной на удержание его внутри себя, тогда как чувство ненависти требует его разрушения. Поскольку индивид идентифицируется с утраченным объектом, он переживает эти деструктивные силы как направленные против себя самого. Если при этом депрессивные симптомы выражены незначительно, это состояние обозначается как депрессивный невроз; однако ситуационная депрессия может перейти в депрессию более серьезную.

Циклотимические расстройства сходны с маниакально-депрессивными расстройствами в колебаниях настроения от приподнятости до подавленности; однако сравнительно незначительная выраженность фаз и их длительности не дает оснований для постановки диагноза большого биполярного аффективного расстройства. Чувство неадекватности в периоды депрессии и воодушевление при повышении самооценки предполагают нарциссическую личностную организацию. Эти флуктуации являются кратковременными и нестабильными элементами личности. Психоаналитические исследования лиц с циклотимическими расстройствами позволили выявить чередовавшиеся в детском возрасте переживания отвержения и исполнения нарциссических притязаний. Взрослый индивид относится к реальным или воображаемым стимулам сообразно своей детской модели. Так, для детей, о которых заботились несколько человек, существует опасность циклотимических расстройств. Фрустрация одной матерью приводит к поиску другой, приносящей удовлетворение; этот паттерн повторяется

каждый раз, когда материнская фигура “плоха” или приносит разочарования.

Если аффект ограничен депрессивным настроением, сопровождается потерей интереса и удовольствия от деятельности на протяжении нескольких лет, то иногда используется термин *дистимическое расстройство*. Однако при этом тяжесть расстройств и психодинамические факторы не отличаются от таковых при депрессивном неврозе, с которым оно отождествляется.

Депрессивный характер означает хроническую подверженность депрессивному настроению; индивиду либо недостает способности испытывать удовольствие, либо это переживание кратковременно и сопровождается тревогой. Депрессия при этом не является выраженной, не отличается остротой и не переживается как симптом; индивид воспринимает ее просто как часть своей личности. Такие люди склонны к пессимизму — на обращение “доброе утро” они, скорее всего, ответят типичным вопросом: “Да что в нем, собственно, доброго?”. Для них характерна также пассивно-рецептивная позиция, они постоянно жалуются на несправедливость и неосуществимость притязаний.

Психоаналитические исследования показали, что реальная или воображаемая враждебность родителей вызывает у ребенка чувство, что раз его наказывают, значит, он того заслуживает. Зрелая жизнь такого индивида отражает раннюю психодинамику: он склонен к самоосуждению и жертвованию собственным удовольствием, чтобы обрести расположение других.

Разграничение этих синдромов не является окончательным. Например, циклотимические и дистимические расстройства — в зависимости от клинической картины — могут расцениваться и как симптоматические неврозы, и как неврозы характера.

См. аффективные расстройства, аффекты, депрессия, психодинамика, психоневроз, скорбь.

[4, 79, 203, 294, 849]

ДЕПРЕССИВНЫЕ РАССТРОЙСТВА (DEPRESSIVE DISORDERS)

См. аффективные расстройства.

ДЕПРЕССИВНЫЙ ХАРАКТЕР (DEPRESSIVE CHARACTER)

См. депрессивный невроз.

ДЕПРЕССИЯ (DEPRESSION)

Настроение или аффект, проявляющиеся такими субъективными феноменами, как чувства угнетенности, безнадежности, беспомощности, вины, самокритика, снижение интереса к внешней активности. Эти проявления сопровождаются снижением психомоторной подвижности, безразличием к окружающему, усталостью, снижением сексуальных влечений, анорексией, запорами, бессонницей (особенно в утренние часы). При некоторых типах аффективных расстройств бессонница и снижение аппетита могут замещаться соответственно сонливостью и перееданием. Эти физические проявления являются вегетативными признаками депрессии и основой давно существующих предположений о ее психосоматической природе. Другим часто встречающимся симптомом, причиняющем серьезное беспокойство пациенту, является нарушение ясности или эффективности мышления, иногда настолько выраженное, что может быть принято за органическую деменцию.

Депрессия сопровождается также повышенным вниманием к собственному внутреннему миру и снижением интереса к внешней активности. Часто индивид убежден, что какой-то аспект его личности никчем, дефектен, нездоров (ипохондрия). Часто на передний план выступает ипохондрическая тревога, которая иногда является первичной. При агитированной депрессии эта нарциссическая озабоченность включает страх обнищания и самокритичные мысли, которые могут перерасти в суицидальные идеи.

С психоаналитической точки зрения, частым, если не универсальным, признаком депрессии является нарушение регуляции самооценки. Основой для развития такой нарциссической уязвимости, по мнению Малера (1966), является отсутствие принятия и эмоционального понимания со стороны матери в восстановительной подфазе

процесса сепарации-индивидуации. Это приводит к амбивалентности, агрессивному принуждению родителей и депрессивному аффекту. У ребенка не формируются внутренние психологические структуры, способные регулировать самооценку; ему необходимо ее постоянное подтверждение извне. Депрессия развивается у лиц с неустойчивой самооценкой, теряющих внешнюю опору, необходимую для поддержания стабильного образа Я.

Нарушения регуляции самооценки и последующая депрессия могут быть вызваны утратой объекта — его смертью, отвержением или разочарованием. Среди других причин отмечается крушение иллюзий и идеалов, невозможность жить сообразно Я-идеалам, чувство беспомощности и бессилия перед непреодолимыми трудностями. В норме печаль, вызванная утратой объекта, как правило, не сопровождается снижением самооценки или самообвинениями. Меланхолическая гиперреакция на утрату объекта возникает тогда, когда он имеет нарциссическую ценность для субъекта (то есть обладает чертами, совпадающими с каким-либо аспектом уязвимой саморепрезентации индивида). Утрата такого объекта равносильна утрате части образа себя; при депрессии индивид может идентифицироваться с утраченным объектом, пытаясь вернуть утраченное. В этом случае самокритика является производной от критики, изначально направленной на эмоционально значимого человека, либо утраченного, либо связанного с утратой. Таким образом, самокритика предстает собой выражение гнева, изначально являвшегося частью амбивалентного отношения к объекту, в то время еще не утраченному. Чувство вины накладывается на печаль. Из-за смещения репрезентантов себя и объекта агрессия, изначально направленная на объект, обращается против самого индивида. В такой ситуации депрессия является результатом межсистемного конфликта, то есть конфликта между Сверх-Я и Оно.

В ряде случаев, однако, чувство вины отсутствует, а конфликт оказывается внутрисистемным. Бибринг (1953) описывает депрессию как эго-психологический феномен, выражающий напряжение между обладающими высоким зарядом нарциссическими притязаниями (Я-идеалами) и осознанием Я собственной неспособности их осуществить. Если

Якобсон (1971) подчеркивает значение таких психодинамических факторов, как интенсивность агрессии и уровень амбивалентности, то Бибринг рассматривает депрессию как независимую от превращений агрессии и оральных влечений. По его мнению, нарушение регуляции самооценки, фрустрация и агрессия являются неизбежным следствием чувства беспомощности и бессилия.

В диагностическом смысле термин “депрессия” обозначает психическое заболевание, основным критерием которого являются аффективные нарушения. При этом следует иметь в виду, что депрессия присутствует в широком спектре нозологических единиц с различной этиологией и психопатологией. В связи с этим остается справедливой позиция Фрейда, предполагавшего существование комплементарных рядов причинных факторов, включая конституциональные и наследственные, даже при неврозах переноса. Поэтому понимание депрессии возможно лишь на основе дополняющих друг друга нейрофизиологических и психологических исследований, проводимых после тщательной клинической диагностики. Несмотря на определенное феноменологическое сходство, депрессии при невротической, пограничной, циклотимической и шизофренической психической патологии существенно различаются (Jacobson, 1971). С психологической точки зрения, рассмотрение структуры и природы сознательных и бессознательных конфликтов, специфических защит, а также уровня включенных в конфликт репрезентаций себя и объектов помогает определить те или иные варианты депрессивного процесса (Asch, 1966).

См. аффект, аффективные расстройства, настроение, тревога.

[47, 83, 129, 294, 361, 447, 454, 456, 582]

ДЕРЕАЛИЗАЦИЯ (DEREALIZATION)

Термин, обозначающий переживание чувства нереальности и странности внешнего мира, не похожего более на то, что он являлся обычно. Окружающее может казаться уплощенным, двумерным, бесцветным, тусклым, лишенным эмоциональной значимости для индивида. Это не означает невозможность восприятия или снижения мыс-

лительных способностей. Изменение внешнего мира может казаться угрожающим. Оно может затрагивать лишь сиюминутную ситуацию или быть глобальным, мимолетным или затяжным, эпизодическим или повторяющимся.

Обычно дереализация возникает в сочетании с деперсонализацией: оба феномена препятствуют развитию тревоги благодаря фантазии отрицания, то есть фантазии о том, что ситуация нереальна ("на самом деле этого не происходит не только со мной, но и вообще в мире, а потому не о чем волноваться"; Bradlow, 1973, с. 488). По утверждению Салина (1962), деперсонализация предполагает отвлечение катексиса от репрезентантов себя, тогда как при дереализации катексис отвлечен от репрезентантов объекта, что приводит к появлению чувства отчужденности от внешнего мира.

См. деперсонализация, катексис, репрезентация, состояния Я.

ДЕСЕКСУАЛИЗАЦИЯ (DESEXUALIZATION)

См. психическая энергия.

ДЕСОМАТИЗАЦИЯ (DESOMATIZATION)

См. соматизация.

ДЕТСКИЙ АНАЛИЗ (CHILD ANALYSIS)

Лечение, направленное на внутренний пересмотр психической структуры и функции. Метод основан на тех же понятиях и принципах, что и анализ взрослых пациентов: внимание к внутренней психической жизни, интерпретация сопротивления, защиты и переноса, реконструкция и проработка. Точно так же детский анализ стремится избегать, насколько возможно, поощрения удовлетворения, а также советов, включая вмешательство в окружение пациента.

Техники детского анализа, хотя и сопоставимы с аналитическим методом, адаптированы к уровню развития Я, достигнутого

ребенком. Они базируются на оценке способности ребенка свободно ассоциировать, уровня когнитивного развития, способностей общения, сложностей, сопряженных с относительной незрелостью Я. При работе с защитами и определении толерантности ребенка к фрустрации необходима осторожность; аналитик должен подчеркивать значение Я, обращаясь к пространствам конфликта, чтобы проявить себя союзником в борьбе с силами Оно и усилить реинтернализацию экстернализованных конфликтов. Аналитик должен обращать внимание и вербализовывать чувства ребенка независимо от того, выражаются они непосредственно или через персонажей игры или рассказы. Такую адаптацию техники не следует смешивать с модификациями, которые могут помешать аналитическому процессу или прервать его.

С вопросом о различии техник детского и взрослого анализа тесно связан вопрос об условиях, в которых осуществляется детский анализ. Ребенок зависит от родителей, принимающих решение относительно проведения анализа. Ребенок допубертатного возраста может протестовать, подвергаясь анализу. Следует добавить, что большинство детских аналитиков находятся в постоянном контакте с родителями ребенка долатентного и латентного возраста, получая от них информацию. Требуется осторожность, чтобы эта внеаналитическая информация не помешала непредубежденности понимания самого аналитического материала. Хотя даже юные пациенты в латентном возрасте часто сами могут обеспечить необходимый для анализа материал, отлучение родителей от терапевтической ситуации было бы равносильно отрицанию потребностей детского развития: чем младше ребенок, тем более выражена его потребность в ощущении соответствия аналитика и родителей. Не менее важным является сохранение родительского альянса, который позволяет осуществлять анализ ребенка при его сопротивлении. Более того, опыт детских аналитиков подсказывает, что по мере развития Я и сопутствующей стабилизации терапевтического альянса, детский аналитик при проведении анализа может все более рассчитывать на старших детей из семьи.

Существенную роль в детском анализе играет перенос, хотя он не эквивалентен

переносу при взрослом анализе. Родители — первый объект, с которым формируются отношения ребенка и вокруг которого строились детские фантазии, — являются важнейшей частью детской жизни. С этим тесно связан тот факт, что детской структуре Я недостает связности взрослой, а потому процессы интернализации не столь стабильны.

Интенсивность и длительность переноса неодинаковы не только у разных детей, но и у одного и того же ребенка в разных фазах анализа. Изменчива и частота чередующихся сдвигов катексиса между аналитиком и родителями. Хотя в целом считается, что ребенок способен к формированию невроза переноса, обычно он носит более спорадический характер и менее продолжителен, чем у взрослых.

Поскольку техники детского анализа определяются уровнем развития ребенка, очевидно, что вместе с ним меняется и техника. Детский аналитик последовательно переходит от преимущественного использования игры к вербализации и, наконец, к собственно свободным ассоциациям. Интерпретации продвигаются от простых и конкретных к более высоким уровням концептуализации. Их продолжительность и содержание зависят от изменяющегося характера специфических участков конфликта и специфической сензитивности при переходе из одной фазы развития в другую. Прослеживая постепенную смену стадий развития, детский аналитик получает возможность наблюдать переходные этапы и соответствующим образом адаптировать технические средства. В подростковом возрасте анализ проводится с использованием как “взрослых”, так и “предпубертатных” техник. В старшем подростковом возрасте применяются, как правило, техники “взрослого” анализа.

[399, 401, 750]

ДЕТСКИЙ НЕВРОЗ (CHILDHOOD NEUROSIS)

Возникающее в детском возрасте психическое нарушение, при котором незрелое Я разрешает интрапсихические конфликты посредством патологического комп-

ромиссного образования, препятствующего нормальному развитию. Наблюдаемые компоненты компромиссного образования — нарушения в аффективной, поведенческой или познавательной сфере. Симптомы или симптоматическое поведение могут включать тревогу, депрессию, фобии, заторможенность, истерические параличи, тики, ритуалы и другие навязчивости; или же они могут проявляться в нарушениях питания и экскреции, антисоциальном поведении, нарушении способности к обучению и др. Обычно наблюдается кластер расстройств, иногда с преобладанием одного в сложной клинической картине. Подобные нарушения могут возникать на любом этапе развития — от момента формирования внутренних психических структур вплоть до начала пубертата. Хотя бессознательные конфликты и фантазии при детском неврозе организуются и структурируются вокруг сексуальных и агрессивных побуждений эдиповой фазы, психопатология опирается на данные о сложностях развития и конфликтах доэдипова периода.

Хотя внешне симптомы неврозов у детей могут напоминать таковые у взрослых, стоящие за ними конфликты и личностная организация существенно отличаются. Возможна и обратная ситуация: однотипные интрапсихические конфликты у детей и взрослых порождают разную симптоматику. Различия определяются незрелостью функций детского Я, склонностью ребенка к большей степени действовать, нежели рефлексировать, продолжающейся зависимостью интрапсихического функционирования от объектов, на которые изначально были направлены конфликтные импульсы. Так, нередки ситуации, когда у ребенка с фобической симптоматикой в подростковом или взрослом возрасте развивается обсессивно-компульсивная симптоматика. То, что в детстве представляется неврозом навязчивости, может с течением времени развиваться в психическую или пограничную патологию.

Детский невроз, сформировавшийся на основе внутреннего конфликта, следует отличать от состояний, возникших в результате внешних конфликтов. К таким состояниям приводят либо травмирующие влияния среды (вмешательство в развитие), либо внутренние силы созревания, которые вовлекают ребенка в конфликт со средой (конфликт

развития). Несмотря на то, что такие условия могут вызывать симптоматику и поведенческие нарушения, сходные с проявлениями детского невроза, симптомы более кратковременны, не обладают той же символической функцией с точки зрения бессознательного содержания и не представляют, в отличие от невротических симптомов, бессознательного компромиссного образования. Однако следует помнить, что "...невротический конфликт часто является продолжением конфликта развития, вовремя не разрешившегося" (Nagera, 1966, с. 49) Детский невроз следует также отличать от инфантильного невроза, представляющего собой скорее метапсихологический конструкт, нежели клиническую категорию.

Представители школы психологии Самости оспаривают традиционные психоаналитические объяснения неврозов, в том числе детских. Согласно положениям этой школы, нормальных интрапсихических конфликтов не существует; симптомы, приписываемые классической традицией этим конфликтам, следует объяснять как результат отсутствия эмпатии и последующей недостаточной связности структур Самости.

См. инфантильный невроз, компромиссные образования, конфликт, метапсихология, психология Самости, психоневроз, симптом, структурная теория.

[102, 233, 234, 629, 839]

ДЕФЕКТ Я (EGO DEFECT)

Невозможность осуществления или повреждение одной или более функций Я. Термин *дефект Я* принято относить к неблагоприятно влияющим на отдельные функции Я моментам развития, особенно к тем, которые способны нарушить психическую защиту и адаптацию. Фокус дисфункции, размеры и степень повреждения могут значительно варьировать.

Дефекты Я могут основываться на конституциональных факторах, а также на факторах, связанных с индивидуальным опытом и развитием. Обычно их воздействие проявляется в первые годы жизни, когда Я начинает развиваться; таким образом, они выражаются в предструктурной психопатологии

Я — нарушении дифференциации себя и объектов, проблемах в формировании идентичности, становлении механизмов защиты и совладания, модулировании инстинктивных влечений, а также в нарушении восприятия, познания и проверки реальности. Хотя эти дефекты возникают и даже могут проявляться в ранней жизни, в некоторых случаях они клинически выражаются лишь под влиянием психического стресса.

Несмотря на то, что ранние динамические конфликты (интрапсихические, интрасистемные или интерсистемные) могут вести к появлению дефекта Я, а дефект Я, в свою очередь, может стать причиной динамически детерминированного компромиссного образования, дефект Я предполагает нединамическое нарушение психической структуры и психического функционирования. Дефекты Я являются относительно стабильными по сравнению с преходящими нарушениями Я, возникающими в результате регрессивных изменений при невротических и психотических компромиссных образованиях.

ДИНАМИЧЕСКИЙ ПОДХОД (DYNAMIC VIEWPOINT)

См. метапсихология.

ДИСТИМИЧЕСКОЕ РАССТРОЙСТВО (DYSTHYMIC DISORDER)

См. аффективные расстройства, депрессивные неврозы.

ДИФФЕРЕНЦИАЦИИ ПОДФАЗЫ (DIFFERENTIATION SUBPHASE)

См. сепарация-индивидуация.

ДИФфуЗИЯ ИДЕНТИЧНОСТИ (IDENTITY DIFFUSION); КРИЗИС ИДЕНТИЧНОСТИ (IDENTITY CRISIS)

См. идентичность Я.

**ДОГЕНИТАЛЬНЫЙ
ЭКВИВАЛЕНТ
МАСТУРБАЦИИ
(PREGENITAL
MASTURBATORY
EQUIVALENT)**

См. мастурбация.

**ДОМИНАНТА
(DOMINANT)**

См. аналитическая психология; архетип.

**ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЕ
ОБЪЕКТЫ
(SUBSIDIARY OBJECTS)**

См. теория Фэйрбейрна.

**ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЕ ЭГО
(SUBSIDIARY EGOS)**

См. теория Фэйрбейрна.

**ДОСТАТОЧНО
ХОРОШАЯ МАТЬ
(GOOD ENOUGH MOTHER)**

См. теория Винникотта.

**ДОСТУПНОСТЬ АНАЛИЗУ
(ANALYZABILITY)**

Понятие, относящееся к комплексу суждений о готовности и пригодности пациента к психоаналитическому способу терапии. Критерии доступности анализу, основанные на развивающихся представлениях теоретического и технического плана, со временем претерпели изменения и у разных аналитиков различаются. Изначально определение доступности анализу основывалось на диагностических критериях: пригодными для проведения анализа признавались лица в возрасте до пятидесяти лет, страдающие неврозами переноса (истерия, фобии и обсессивно-компульсивные расстройства). В дальнейшем, с развитием психоло-

гии Я и особенно представлений о различных механизмах защиты, границы анализа стали расширяться вплоть до того, что отдельные аналитики сочли, что не существует никаких препятствий для применения психоанализа к пациентам с выраженными расстройками характера, наркотическими зависимостями, перверсиями, нарциссическими нарушениями, пограничными состояниями и даже психозами. Однако в случае особенно острых расстройств необходимы изменения в классической аналитической технике.

В настоящее время большинство аналитиков судят о доступности анализу пациента на основе оценок всей его личностной организации и жизненной ситуации. Сюда относятся, помимо прочего, целостность и зрелость психического аппарата (Оно, Я, Сверх-Я) и различных его функций, а также мотивация анализируемого в отношении терапии. При этом важно, чтобы тяжесть страдания пациента оправдывала серьезность подобного вмешательства, а желание пациента лечиться не являлось результатом давления со стороны официальных органов или чрезмерного влияния со стороны членов семьи.

Требования, предъявляемые психоаналитическим процессом к пациенту, включают способность к свободному ассоциированию, готовность жертвовать необходимым временем и деньгами, толерантность к фрустрации, способность к созданию терапевтического альянса (помогающего преодолеть регрессивные переживания, связанные с переносом), толерантность к тревоге и другим сильным аффектам без последующего ухода или отыгрывания. Не меньшее значение имеет опыт аналитика, его способность к эмпатии, способность выдерживать без реактивного контрпереноса интенсивные аффективные интерперсональные переживания, участником которых он является. Это правило тем более принципиально и важно, чем глубже проблемы пациента, подвергающегося анализу.

У некоторых пациентов проявления клинической картины, личностные особенности, характер жизненной ситуации свидетельствуют о том, что в настоящее время проведение анализа будет безуспешным. Для достижения стабильного, доступного работы переноса необходима достаточная

дифференциация себя и объектов. Поэтому противопоказаниями для анализа являются неадекватная оценка реальности как следствие магического мышления либо использования таких примитивных механизмов защиты, как проекция, отказ, сверхидентификация или обесценивание; выраженные саморазрушительные или деструктивные тенденции, садистское или криминальное поведение. Не оставляют возможности для анализа или серьезно ему препятствуют недостаточные физические кондиции пациента, например физическая неспособность посещать сеансы или требующие неотложного вмешательства медицинские проблемы, в частности хирургические. Кроме того, определенные прогнозируемые особенности невроза или характера пациента (например, выраженные пунитивные тенденции, неконтролируемая импульсивность, патологическая лживость, крайняя тревожность, неослабевающее сопротивление лечению) могут при соответствующей интенсивности заблокировать или даже прервать анализ.

Множество факторов, которые необходимо учитывать, стали причиной разногласий среди аналитиков относительно того, какой способ оценки доступности анализу оптимален. На практике используются различные методы: один-два неструктурированных сеанса, многократные сеансы, вопросы, нацеленные на выявление определенной информации анамнестического характера, период пробного анализа или даже период подготовительной психотерапии (особенно для пациентов с серьезными проблемами).

Доступность анализу может быть верифицирована лишь на основе лечения, достаточно длительного для того, чтобы предоставить пациенту возможности для последующих изменений: он должен реагировать на раскрытие и интерпретации аналитиком признаков сопротивления, у него должен возникнуть перенос и, как правило, явно выраженный невроз переноса, он должен достигать более удовлетворительного разрешения бессознательного конфликта, модифицировать перенос таким образом, чтобы он не смешивался с реальностью и требованиями жизни, и у него должен установиться постоянно развивающийся самоаналитический процесс.

[51, 492, 825, 847, 857]

ЖЕНСКАЯ ПСИХОЛОГИЯ (FEMALE PSYCHOLOGY)

Фрейд называл женскую психологию “темным континентом” (1926, с. 212). Его первоначальное представление, основанное в первую очередь на реконструктивных данных, полученных в ходе психоанализа взрослых, заключалось в том, что мужское и женское развитие идентично до момента, когда ребенок обнаруживает аналитическое различие полов. На протяжении фаллической фазы как мальчики, так и девочки ведут себя так, будто существует единственный тип половых органов — пенис. В конце концов девочке приходится перенести доминирующую эротогенную зону из клитора в область вагины; однако в фаллической фазе ни мальчики, ни девочки не имеют представления о вагине, и девочка для получения удовлетворения при мастурбации используют клитор. Обнаружение девочкой отсутствия у себя пениса приводит к чувству неполноценности, зависти к пенису, “мазохистской” готовности отнестись себя ко второму сорту, гневу на мать, которая обвиняется в депривации. Когда девочка ослабляет свою связь с матерью как объектом любви и оставляет привычку мастурбировать в связи с нарциссическим чувством униженности из-за малых размеров клитора, на смену желанию пениса приходит желание иметь ребенка, отождествляемого теперь с пенисом отца. Для этого девочка избирает отца в качестве объекта любви, мать же становится объектом ревности. Согласно положениям Фрейда, у девочек комплекс кастрации предшествует эдипову комплексу и подготавливает его. У мальчиков фаллическая фаза совпадает с эдиповым комплексом, который, уступая страху кастрации, дает толчок формированию Сверх-Я. Для образования комплекса кастрации у девочек нет реалистических оснований, поэтому эдипов комплекс у них иной. Он постепенно ослабевает либо нивелируется в результате вытеснения, либо остается, модифицируя в зрелом возрасте развитие Сверх-Я. По мнению Фрейда, комплекс кастрации может стать причиной отказа девушки от сексуальности, развития мужественных тенденций, либо способствовать развитию “нормальной” женской установки.

Последние исследования, однако, опровергают гипотезу о реактивной природе

женственности, вторичной по отношению к несостоявшейся мужественности. Без тестостерона, изменяющего наружные половые органы и организацию мозга, плод будет относиться к женскому полу независимо от его генетического пола. Главными факторами, определяющими половую ориентацию, являются приписывание родителями пола ребенку после рождения и соответствующее воспитание. Половая идентичность формируется в первые три года жизни. Врожденные различия между полами обнаруживаются с момента рождения. Наблюдения за младенцами показали наличие у девочек первичной женственности еще до страха кастрации, зависти к пенису и эдипова комплекса, а также то, что женские фантазии сопровождают клиторальную мастурбацию. Зависть к пенису и женский "мазохизм" могут быть вторичными по отношению к открытию анатомических половых различий, однако их интенсивность в значительной степени определяется стабильностью предшествующей женской идентичности. Кроме того, наблюдения и реконструктивные данные позволяют предположить, что у девочек может быть конфликт, связанный с первичной женской идентичностью, а смещая фокус с внутренних органов на фаллос, они могут использовать зависть к пенису и женский мазохизм в составе защитных действий.

См. *зависть к пенису, мужественность/женственность, половая идентичность.*
[107, 304, 311, 313, 316, 623]

ЖЕНСКИЙ МАЗОХИЗМ (FEMININE MASOCHISM)

См. *мазохизм.*

ЖЕНСТВЕННОСТЬ (FEMININITY)

См. *мужественность/женственность.*

ЗАБОТА (HOLDING)

См. *теория Винникотта.*

ЗАВЕРШАЮЩАЯ ФАЗА (TERMINATION PHASE)

Понятие, обозначающее как саму конечную фазу терапии, особую по отношению к начальной и средней фазам, так и процесс, составляющий эту последнюю фазу. Цели аналитической терапии (в отличие от жизненных целей) должны быть достигнуты до начала завершающего процесса. Они должны воплощать присущие аналитику теоретические и практические представления о психическом здоровье, но при этом быть свободными от интерференции, вызванной контрпереносом, и идиосинкразических перфекционистских идеалов.

На то, что наступило время начала завершающего процесса, указывают: положительные структурные изменения; оптимальный доступ к аффективной сфере пациента и удовлетворительное ее изменение; переход защитных действий на более высокие, зрелые и сбалансированные уровни функционирования; редукция симптомов; соответствующие данной фазе развития объектные отношения; восстановление адекватной картины жизни и, что, быть может, важнее всего, — движение в сторону разрешения адекватно обозначенного невроза переноса.

Удовлетворительное разрешение переноса является кардинальной задачей анализа, однако его состояние невозможно оценить без того, что Гловер (1955) назвал "пробным камнем" решения об окончании лечения и его осуществления. Глубину и устойчивость положительных изменений при аналитической работе, особенно в проявлениях переноса, лучше всего можно оценить посредством завершающегося процесса, когда удается определить и полностью проанализировать реакции пациента и на инициацию, и на процесс завершения.

Пациент должен быть более или менее согласен с решением аналитика завершить лечение. Это согласие означает начало завершающей фазы; конкретная дата устанавливается позже. Процесс завершения обычно характеризуется полным набором аффектов, связанных с сепарацией, и может осложняться регрессией с возобновлением симптоматики либо рекапитуляцией подросткового опыта индивидуации.

Невроз переноса разрешается до и во время завершающей фазы, однако он по-

что никогда не разрешается навсегда — даже по окончании анализа. Катамнестические исследования показывают, что даже в самых успешных случаях у пациентов сохраняется готовность (хотя и весьма пластичная) к регрессии к невротическим реакциям переноса, но такие индивиды демонстрируют также способность относительно самостоятельно анализировать собственные невротические реакции.

Большое значение для результатов анализа имеет стадия, наступающая после завершения. Пациент должен достичь бесслепотного разрешения конфликта и интеграции аналитического опыта.

Завершение терапии следует отличать от других вариантов окончания психоаналитической процедуры — прекращения, связанного с внешними обстоятельствами (смена места жительства, заболевание), “бегства в здоровье”, обоюдного согласия прекратить анализ, достижений “мертвой точки” и не имеющий перспектив плодотворного продолжения.

[12, 360, 700, 778, 837]

ЗАВИСИМОЕ ПОЛОЖЕНИЕ (DEPENDENCY)

См. теория Биона.

ЗАВИСИМОСТЬ (DEPENDENCE)

Стремление полагаться на другого в целях получения удовлетворения и/или адаптации. Хотя зависимость может оказывать нормативное влияние на развитие и переживается как потребность, в целом она имеет уничижительное значение, предполагающее чрезмерную или несоответствующую возрасту потребность полагаться на другого.

Чрезмерная зависимость чаще всего встречается у лиц с “орально зависимым” характером и токсикоманов. Некоторые наиболее острые расстройства во многом основаны на дефектах нормальной зависимости. Аутистические, шизоидные и некоторые пограничные состояния возникают вследствие катастрофически недостаточной привязанности к объекту. Антисоциальный

характер может также основываться на отказе от ранних объектных отношений и от детской потребности в любви и защите. При детских симбиотических психозах зависимость чрезмерна, что препятствует нормальному процессу сепарации-индивидуации.

Зависимость оказывает существенное нормативное влияние на развитие психической организации. Фрейд указывал на ее значение для удовлетворения либидо, формирования здоровых привязанностей к объектам, развития Я и Сверх-Я; он также отмечал ее связь с тревогой, религиозными верованиями и развитием неврозов. По словам Малера (1963), “либидинозная доступность матери — в связи с эмоциональной зависимостью ребенка — способствует оптимальному разворачиванию врожденного потенциала” ребенка (с. 322). Пэрнс и Саул (1971) признают, что зависимость является нормальным аспектом существования человека, его психического развития и объектных отношений. По их мнению, влияние зависимости особенно заметно у тех видов живых существ, которые характеризуются неполной психофизиологической дифференциацией при рождении. Незрелость и беспомощность индивида побуждают и утверждают потребность в объекте. Значение этой детерминанты для личностного развития настолько велико, что Анна Фрейд (1963) предположила наличие следующей линии развития: “от зависимости к уверенности в себе и взрослым объектным отношениям”. Главное в этом процессе — интернализация объектных отношений, с помощью которых ребенок получает поддержку извне. Чем более удовлетворительны объектные отношения в раннем детстве, тем устойчивей в дальнейшем объектный катексис, приводящий к либидинозной “внутренней поддержке”. Однако зависимость сохраняется на протяжении всей жизни, и многие патологические состояния, в которых она играет ключевую роль, возникают в контексте неудовлетворительных, искаженных или неудачных человеческих отношений. В этих и других случаях зависимость от объектов может замещаться зависимостью от психических репрезентантов, таких, как переходные объекты, религиозные идеи или общественные институты.

[231, 327, 581, 1971]

**ЗАВИСТЬ
(ENVY)**

Недовольство по поводу того, что другой обладает чем-то, чем индивид хотел бы обладать сам. Характеризуется чувством недовольства по поводу удачливости другого лица, враждебностью по отношению к нему; досадой и подавленностью из-за собственной предполагаемой неполноценности, жадной обладать недостающим свойством. Поскольку объект зачастую недостижим, зависть обычно разрешается посредством отказа от желаний и принятия реальности. Психоаналитический прототип зависти — зависть к пенису, но зависть может быть направлена на самые разные атрибуты. Так, мальчики, в доэдипов период идентифицирующиеся с матерью, могут желать инкорпорации в образ собственного тела определенных любимых женских атрибутов; они испытывают зависть к груди. Старшие дети могут завидовать недоступным талантам или физическим данным братьев и сестер или других лиц, например росту, цвету волос или глаз, физической силе.

Хотя зависть часто сочетается с соперничеством и ревностью, эти три феномена следует различать.

См. зависть, ревность, соперничество, теория Кляйн.

**ЗАВИСТЬ К ГРУДИ
(BREAST ENVY)**

Неудовлетворенность собственным телом и жажда либо обладать женской грудью, либо присвоить ее размеры, либо овладеть содержимым (молоком). Зависть к груди переживают и мальчики, и девочки, но у мальчиков она встречается чаще и является более интенсивной. На ранних этапах развития, независимо от пола ребенка, может иметь место фиксация на ранних оральных желаниях, направленных на материнскую грудь (или регрессия к ним), а также на чувстве депривации, связанном с утратой груди при отнятии от нее. В дальнейшем зависть к груди обусловлена особенностями эдипова комплекса и комплекса кастрации у представителей того и другого пола. У девочек этот феномен может выражать чувство неадекватности, связанное с отсут-

ствием пениса (это отсутствие переживается бессознательно как кастрация и смещается из области гениталий на область груди), либо же отражать зависть к взрослым атрибутам материнского тела, дающим матери преимущество в эдиповом соперничестве. У мальчиков и мужчин зависть к груди может представлять собой мужской аналог зависти к пенису — одно из последствий "комплекса маленького пениса", который также является дериватом страха кастрации.

При отождествлении груди и пениса зависть к груди может представлять один из аспектов бессознательной фантазии о фаллической женщине, служащей отрицанию угрозы кастрации при обнаружении отсутствия у женщины пениса. Отмеченные фантазии весьма распространены, однако особенно выражены при перверсиях. Для некоторых мальчиков грудь может играть роль фетиша, который на бессознательном уровне репрезентирует женский пенис.

В теории Кляйн роли груди и зависти к груди в процессах нормального и патологического развития отводится немаловажное место.

См. зависть к пенису, кастрация, перверсия, теория Кляйн: зависть, фаллос.
[53, 113, 314]

**ЗАВИСТЬ К ПЕНИСУ
(PENIS ENVY)**

Психическая установка, отражающая неудовлетворенность собственными гениталиями и исполненное раздражения, агрессивное и страстное желание иметь пенис. Имеет место также бессознательное желание кастрировать мужчину и завладеть его пенисом. В основе зависти к пенису лежит чувство неполноценности, недостаточности, проистекающая из многих источников нарциссическая чувствительность, а также стремление обладать более совершенным генитальным аппаратом и мужским потенциалом.

По мнению Фрейда, женственность зарождается на основе страха кастрации и эдипова конфликта. Зависть к пенису считалась ее первичным организатором и поэтому ей отводилась фундаментальная роль в формировании женской сексуаль-

ности. Фрейд считал, что зависть к пенису представляет собой желание воображаемого замещения пениса, отсутствующего у девочки по причине неправильного ее поведения (мастурбации) либо отвержения или злого умысла со стороны матери. Речь также идет о желании иметь отцовский пенис или родить от отца ребенка. Хорни придавала значение стремлению к большему уретральному, скопофилическому и онанистическому удовлетворению, возможность которого предоставляет пенис.

Однако современные психоаналитические разработки убедительно показывают, что нормальная женственность имеет собственную линию развития и не является дериватом первичного стремления к мужественности и зависти к пенису. Половая идентичность устанавливается в течение первого года жизни. Определение пола после рождения, ранние переживания удовлетворения, положительная идентификация с матерью, опекающая роль матери до и после фаллической фазы, познание, обучение, язык — все это важные факторы формирования удовлетворительной половой идентичности.

Ребенок обнаруживает половые различия в возрасте от 18 до 24 месяцев. В этот период зависть девочек к пенису часто является очень острой и явно выраженной, но она специфична для фаз развития и, как правило, преходяща. Зависть девочки смещается с отправной точки, и в результате другие части ее тела, она сама в целом или такие атрибуты, как интеллект или уровень достижений, обретают значение “иллюзорного фаллоса”, опровергая тем самым отсутствие у нее пениса. Наблюдения показывают, что, хотя открытая зависть к пенису исчезает, аффекты и фантазии, активированные осознанием половых различий, часто оказывают важное организующее воздействие на дальнейшее развитие.

Устойчивая или интенсивная зависть к пенису свидетельствует о существовании других, накладывающихся на раннюю фазу осознания гениталий, проблем, которые могут мешать развитию зрелой женственности. Выраженность комплекса кастрации может быть детерминирована предшествовавшими проблемами ребенка, связанными с угрозой потери объекта или угрозой теле-

сной интеграции. Утрата родителя, неадекватное отношение матери (особенно депрессия матери и отвержение с ее стороны), заболевания, порождающие острые нарушения чувства тела, врожденные дефекты, хирургическое вмешательство и т.д. могут быть ступенью к серьезным искажениям репрезентации себя и объектов, усиления комплекса кастрации и зависти к пенису.

Бессознательные дериваты, иногда буквально интерпретируемые как желание иметь мужской половой орган, имеют множественно детерминированное значение соответственно различным уровням развития. Согласно современным представлениям, зависть к пенису является скорее специфическим психическим продуктом, компромиссным образованием, которое во многом выражает критическое отношение. Центральным конфликт может включать идентичность, нарциссическую чувствительность, проблемы, связанные с агрессией, что порождает чувства ущербности, неадекватности, несостоятельности. Зависть к пенису, таким образом, является редукционистской метафорой общей зависти, конкретной и понятной, но вместе с тем упрощением основных проблем (Grossman & Stewart, 1976).

Осознание генитальных различий очень важно для формирования самооценки ребенка по мере его дифференциации от матери. Взаимно удовлетворяющие взаимоотношения матери и ребенка дают последнему чувство состоятельности, которое распространяется и на его гениталии. Если, однако, эти отношения не приносят удовольствия, девочка может не ценить себя или свои гениталии и возжелать пенис — замещающий объект, расцениваемый как приносящий большее удовлетворение. Позже зависть к пенису может отражать регрессивную попытку разрешения эдипова комплекса. Девочка может обесценить свои гениталии, идентифицируясь с матерью, низко оценивающей собственную женственность. Таким образом, на зависть к пенису влияет нарциссическая позиция ребенка и его отношения с обоими родителями. Она может также защищать против зависимости от мужчины, когда бессознательно желаемая близость влечет за собой боязнь поглощения и утраты чувства себя.

Социокультурная переоценка мужчины часто служит маскировкой этих бессознательных детерминант.

Устойчивая и интенсивная зависть к пенису — патологическая динамика — часто приводит к острому соперничеству с мужчинами, идентификации с ними, сексуальной дисфункции и разнообразным невротическим образованиям. Она маскирует другие конфликты и характерологические проблемы, хотя они могут переплетаться и смешиваться с социокультурными детерминантами.

Фаллическое благоговение или *благоговение перед пенисом* — менее распространенный вариант зависти к пенису. Оно характеризуется не столько агрессивной жадностью, сколько восхищением, возбуждением и страхом. Оно может быть связано с травматическим детским переживанием увиденного однажды эрегированного пениса взрослых.

Зависть к груди рассматривается в качестве мужского эквивалента зависти к пенису, но зависть к большему пенису другого мужчины может присутствовать у мальчиков и взрослых мужчин. В таких случаях принято говорить о *комплексе маленького пениса*.

См. *благоговение, женская психология, зависть к груди, кастрация, компромиссное образование, мужественность/женственность, половая идентичность, эдипов комплекс*.

[109, 311, 316, 340, 395, 436, 437, 482, 623, 820]

ЗАДЕРЖКА РАЗВИТИЯ (DEVELOPMENT ARREST)

См. *фиксация*.

ЗАДЕРЖКА СЕМЯИЗВЕРЖЕНИЯ (EJACULATIO RETARDATA)

См. *импотенция*.

ЗАДУМЧИВОСТЬ (REVERIE)

См. *теория Биона*.

ЗАМЕЩЕНИЕ (SUBSTITUTION)

См. *сон, сновиденье*.

ЗАЩИТА (DEFENCE)

Защитный механизм (Defence Mechanism)

Защита — общий термин, обозначающий активную борьбу Я против опасности — как правило, угрозы утраты объекта любви, любви со стороны объекта, кастрации и осуждения со стороны Сверх-Я и сопутствующих неприятных аффектов — в ходе развития и на протяжении дальнейшей жизни. Вытесненные желания, идеи или чувства, соединяясь с реальной либо воображаемой угрозой наказания, стремятся прорваться в область сознания. Болезненные чувства тревоги, депрессии, стыда или вины становятся сигнальными аффектами, понуждающими отказаться от желания или влечения. Защита действует бессознательно, и индивид не распознает механизмы, заставляющие его отказаться от опасных влечений и желаний. Действия защитных механизмов способны разрушать и искажать различные аспекты реальности.

Впервые термин “защита” был использован Фрейдом в работе “Защитные невропсихозы” (1894), но долгое время понятия “защита” и “вытеснение” применялись им как взаимозаменяемые. Термин “защитный механизм” впервые появляется в классической работе Анны Фрейд “Я и защитные механизмы” (1936), где описано десять форм активности — или методов деятельности Я, — выполняющих защитную функцию.

Механизмы защиты действуют по отдельности либо появляются совместно в изменчивых и взаимосвязанных паттернах, используя различные формы поведения, идеи, аффекты, стороны характера, другие функции Я и даже влечения. Такое многообразие средств защиты поставило под сомнение правомерность представлений о специфических защитных механизмах. С точки зрения Бренера (1981), защите может служить любой аспект функционирования Я, а сама защита столь сложна, что обозначение отдельных защитных механизмов явля-

ется редуccionистским и вводит в заблуждение. И все же многие психоаналитики считают полезным использовать представление о защитных механизмах для описания защит против угроз Я. Ниже приводятся краткие описания важнейших механизмов защиты.

Вытеснение — скрывает, изгоняет или забывает идею или чувство. Оно может исключить из сознания то, что было однажды сознательно пережито, или вообще не допустить идею или чувство до сознания. Так, субъект может не осознавать ненависти по отношению к родителю или братьям и сестрам. Вытеснение действует на протяжении всей жизни, регулярно возникая в отношении событий критического периода детства — до шести лет (инфантильная амнезия).

Смещение сдвигает фокус или акцент в сознании или поведении, в общем случае отвлекая интерес и силу (катексис) от одной идеи к другой, связанной ассоциативно с первой, но при этом более приемлемой. Так, эксгибиционистские желания могут быть смещены из области гениталий на тело в целом. Какие-либо важные части скрытого содержания могут проявляться в сновидениях в виде малозначимых деталей.

Реактивное образование изменяет неприемлемое на приемлемое, тем самым обеспечивая эффективность вытеснения. Болезненная идея или чувство замещается противоположным. К примеру, у ребенка, вытеснившего чувство ненависти к матери, может развиться чрезмерное стремление и забота о ее благополучии.

Проекция экстернализирует отрицаемые побуждения и идеи, приписывая их другому лицу или каким-то, быть может, мистическим силам внешнего мира ("бес попутал"). Невыносимые идеи или желания могут преобразовываться еще до проекции: Фрейд, например, считал, что параноийальные идеи основываются на бессознательной гомосексуальности. Сначала чувство гомосексуальной любви трансформируется в ненависть, и лишь затем ненависть проецируется на лицо, которое было объектом неприемлемой любви. Такое лицо становится "преследователем".

Изоляция отделяет невыносимые идеи или события от связанных с ними чувств, тем самым изменяя эмоциональную нагрузку. Существует несколько типов изоляции. Так,

изолироваться могут две и более связанных мысли либо чувства: например, мысли "я зол на нее" и "она бросила меня" разделяются во времени и тем самым теряют причинную связь. В другом случае мысли могут появляться без осознанного присутствия ассоциируемых с ними чувств. Внезапные агрессивные мысли — всадить в кого-либо нож, выбросить ребенка из окна, непристойно выругаться в общественном месте — нередко проявляются без соответствующей им эмоции (гнева).

Такая изоляция лишает мысли их мотивационной силы и, соответственно, не реализуется намерение; мысли кажутся чуждыми, действие расстраивается, иногда удается избежать чувства вины.

Аннулирование в виде ритуала "отменяет" нежеланное действие, иногда посредством его искупления. В частности, при неврозе навязчивости двухступенчатое действие может символизировать агрессивные или сексуальные желания и их отмену или аннулирование. Некоторые индивиды, совершившие проступок, стараются аннулировать их путем религиозного искупления или самонаказания.

Описаны и многие другие механизмы защиты. И хотя функция их идентична — защититься от болезненных аффектов, — пути достижения этой цели различны. Регрессия возвращает на более раннюю стадию психической организации; интроекция и идентификация переносят то, что составляет угрозу, внутрь; отрицание делает вид, что угрозы здесь нет; сублимация изменяет неприемлемую форму влечения в приемлемую; обращение против себя меняет направление импульса извне вовнутрь, с другого человека на себя. (Последний механизм особенно часто встречается в случаях депрессии и мазохизма.)

Защиты могут быть конструктивными, повышая эффективность мыслей и действий. Их можно назвать *адаптивными механизмами* или *автономными функциями Я*. Например, изоляция, диссоциируя мышление и эмоции, облегчает логическое продвижение посредством избегания отвлекающих ассоциаций.

См. *вытеснение, интернализация, компромиссные образования, конфликт, отрицание, проекция, регрессия, сублимация, функции Я, Я*.

[111, 133, 203, 225, 241, 704, 862]

**ЗАЩИТНЫЕ СТРУКТУРЫ
(DEFENSIVE STRUCTURES)**

См. *психология Самости*.

**ЗАЩИТНЫЙ
НЕВРОПСИХОЗ
(DEFENSIVE NEUROPSYCHOSIS)**

Термин, использовавшийся Фрейдом на начальных этапах творчества для того, чтобы отличить психические заболевания, являющиеся следствием потребности в защите от воспоминаний (их вытеснения) о сексуальном соращении в детском возрасте (защитные невропсихозы), от заболеваний, рассматриваемых либо в качестве последствий конституциональной дегенерации, либо в качестве физиологической реакции на неудачную сексуальную практику (последнее в случае *актуального невроза*). Отказ от теории “соращения” в этиологии неврозов и замена ее концепцией детской сексуальности привели к отказу от термина *невропсихоз* и появлению более удачного — *психоневроз*.

См. *актуальный невроз, психоневроз*.
[241, 245, 247]

**ЗЕРКАЛЬНЫЙ ПЕРЕНОС
(MIRROR TRANSFERENCE)**

См. *психология Самости*.

**ЗЛОВЕЩЕЕ
(UNCANNY)**

Термин, используемый для обозначения чувства страха, опасения или растерянности в ситуациях, которые могут подтвердить истинность или правомерность недостаточно вытесненных ранних мыслей и представлений о всемогуществе или возродить анимистические формы мышления. Классическим примером являются переживания *djja vu* (франц. “уже виденное”) либо чувства по поводу воскрешения близких или родственников из мертвых. Ощущения, связанные с этим феноменом, сопряжены прежде всего

с комплексом кастрации и фантазиями о жизни в утробе матери.

См. *djja vu*.
[31, 276, 299, 899]

**ЗНАК
(SIGN)**

См. *символ, симптом*.

**ЗРЕЛАЯ ЗАВИСИМОСТЬ
(MATURE DEPENDENCE)**

См. *теория Фэйрбейрна*.

**ИГРА
(PLAYING)**

См. *теория Винникотта*.

**ИГРА В КАРАКУЛИ
(SQUIGGLE GAME)**

См. *теория Винникотта*.

**ИДЕАЛИЗАЦИЯ
(IDEALIZATION)**

Нереалистичное завышение личностных атрибутов объекта. Индивиду, превозносимому до экзальтированного признания его совершенством, могут приписываться противоречивые качества, соотносимые с либидинозным или агрессивным катексисом. Идеализация сопровождается чувствами восхищения, благоговения, почитания, обожествления, очарования. Впервые этот процесс описан Фрейдом в связи с феноменом влюбленности. Идеализироваться могут как объект, так и сам индивид.

Фрейд постулировал состояние инфантильного нарциссизма, включающего в себя чувство всемогущества, связанное со стадией первичной идентификации или единения с матерью. Согласно его теории, это состояние исчезает, когда ребенок осознает свою обособленность, одиночество и беспомощность; тогда исходное чувство все-

могущества приписывается родителям посредством идеализации. Когда родители не оправдывают ожиданий, фрустрация ребенка приводит к отвлечению некоторого количества идеализирующего либидо на субъекта, что обеспечивает энергию для идентификации и обретения структур Я, контролирующих влечения и регулирующих напряжение в течение доэдиповой стадии. На протяжении этого в сущности *анаклитического* периода, когда отношения основаны на потребности в удовлетворяющем объекте, преувеличение значимости родителей соответствует нуждам ребенка, а родитель, исполняющий все желания, является отражением детских переживаний удовлетворения. Идеализация изменяется в связи с чередованием удовлетворенности, фрустрации, гнева. Позже, когда родители становятся значимыми независимо от потребности (константность объекта), идеализация все более переходит "на службу" защиты. Мать, которая в идеале привлекательна и не оказывает сопротивления, может парадоксальным образом стать также идеальным девственной и неприступной. Отец, преувеличенно могущественный и внушающий страх, может одновременно восприниматься как гуманный и справедливый.

В фаллически-эдиповой стадии определенные аспекты идеализированных образов родителей интернализируются в виде Сверх-Я, действующего так, как это делали родители, в плане установления норм, выдвигания запретов и осуществления наказаний. Фрейд изначально описывал Сверх-Я антропоморфически, как Я-идеал. В современном употреблении выделяются две составляющие Сверх-Я. *Я-идеал* основывается на нарциссически гипертрофированных элементах взаимодействия ребенка с родителями и соотносится с ценностями, стремлениями и притязаниями. Несоответствие этим стандартам, как правило, ведет к появлению чувства стыда. Идеализированные агрессивные и запрещающие фигуры интернализируются в части Сверх-Я, соответствующей совести, которая инициирует аффект вины и наказания за проступки. Интернализация этих идеализированных аспектов родительских образов способствует психической экономии; она защищает личность от нарциссической регрессии в период наибольшей ранимости ребенка

(в фаллически-эдиповой фазе), сдерживая направленные на объект влечения и таким образом усиливая контроль Я над влечениями.

Интернализация сопровождается постоянной потребностью в идеализации и возвышении родителей (особенно родителя одного с ребенком пола) для установления связи с могущественной фигурой. При фрустрации этой потребности — утрате, безответности, депривации или разочаровании — базисное структурирование Я-идеала и Сверх-Я может быть затруднено. Даже после интернализации разочарование в родителях может свести на нет установившуюся идеализацию и инициировать новый поиск идеального внешнего объекта, чтобы поддержать то, что внутренне ослаблено.

Идеализация продолжается на протяжении жизни. Особенно она заметна в подростковый период. Во время психоаналитического лечения пациент нередко идеализирует аналитика. Если для аналитиков, работающих в рамках традиционного подхода, понимание истоков такого отношения представляется обязательным для правильного проведения анализа, то теоретики, разрабатывающие психологию Самости, считают, что идеализация аналитика необходима для замещения функций части психического аппарата, которые недостаточно прочно закрепились в детском или младенческом возрасте. По их мнению, идеализацию следует поддерживать до тех пор, пока она служит функции отсроченной интернализации.

См. интернализация, нарциссизм, Сверх-Я, эдипов комплекс, Я-идеал.

[80, 303, 451, 490, 512, 716]

ИДЕАЛИЗИРУЮЩИЙ ПЕРЕНОС (IDEALISING TRANSFERENCE)

См. психология Самости.

ИДЕНТИФИКАЦИЯ (IDENTIFICATION)

См. интернализация.

ИДЕНТИЧНОСТЬ (IDENTITY)

Относительно продолжительное, но не однозначно стабильное восприятие себя как уникального, когерентного, единого во времени. *Чувство идентичности*, субъективное переживание, возникает с осознанием ребенком того, что он существует как индивид в мире среди других сходных внешних объектов, но обладает и собственными желаниями, мыслями, воспоминаниями и внешним видом, отличными от других. Таким образом, “термин идентичность... означает одновременно и устойчивую внутреннюю тождественность... и устойчивое сходство некоторых основных свойств с другими людьми” (Erikson, 1956, с. 57).

В основе формирования идентичности лежит развитие образа тела, приобретаемого в процессе сепарации-индивидуации, но не завершено до окончания подросткового периода. Предшествующие стадии можно рассматривать как эволюцию психологической Самости; чувство же идентичности появляется позже, когда индивид определяется в многообразном социальном окружении. Идентификация с обоими родителями придает бисексуальный оттенок репрезентантам себя и схемам, Я-концепциям детей обоего пола. Вместе с тем интегрированная самоорганизация возникает, по-видимому, на основе множества предшествовавших идентификаций, влияющих на формирование черт характера. С точки зрения полового идентичности Я-концепция обычно отражает преобладающую идентификацию с родителем того же пола.

Чувство идентичности достигает относительно стабильности лишь с завершением подросткового периода, когда разрешаются проблемы бисексуальной идентификации. Сознательное чувство идентичности проистекает из существующей Я-концепции, тогда как постоянное чувство идентичности во времени является производной схем, интегрирующих различные подчиненные Я-концепции и личностные роли, соотношенные с чужими. Сознательное чувство Я включает только некоторые из аспектов организации Самости, другие формы организации оценки Самости бессознательны.

Личность есть впечатление, возникающее при восприятии другими внешности индивида, его аффективных проявлений, манеры гово-

рить и форм поведения. Она может некоторым образом отличаться от внутренней рабочей модели идентичности индивида.

См. идентификация, объект, полова принадлежность, Самость, сепарация-индивидуация, топографический подход, характер.

[1, 2, 191, 342, 560, 657]

ИДЕНТИЧНОСТЬ Я (EGO IDENTITY)

Термин, принадлежащий Эриксону (1956) и обозначающий психосоциальное “измерение” психоаналитического понятия идентичности. Он обозначает “некоторые общие приобретения, которые в конце подросткового возраста должен извлечь индивид из всего своего дозрелого опыта, чтобы быть готовым к задачам взрослости” (с. 56). Термин был создан для отображения роли Я в сохранении генетической непрерывности репрезентации Самости посредством “избирательной акцентуации важных идентификаций в детстве и постепенной интеграции образов Самости при антиципации идентичности” (с. 103). Такая идентичность “подразумевает как непрерывность чувства принадлежности самому себе... так и постоянный ‘обмен’, так сказать, сутью своего характера с другими” (с. 57). Сюда же относятся чувство индивидуальной идентичности, бессознательное стремление к непрерывности своего характера, синтез Я и поддержание внутреннего единства с групповыми идеалами и групповой идентичностью.

Идентичность Я проявляется в воззрениях индивида, идеалах, нормах, в поведении и роли в обществе. Она характеризуется “актуально по-разному выраженным, но всегда присутствующим чувством реальности Самости в социальной реальности, [тогда как]... Я-идеал представляет собой набор идеальных целей Самости, к которым индивид стремится, но никогда не достигает до конца” (с. 105).

Эриксон считал идентичность единственной теоретической конструкцией, применимой к постепенному становлению личности посредством специфических для разных фаз психосоциальных кризисов. К концу подросткового возраста идентичность должна быть интегрирована в качестве относительно бесконфликтного психосоциального обустройства. Если такой интегра-

ции не происходит, возникает синдром *диффузной идентичности*, проявляющийся обычно в ситуациях, требующих одновременно физической близости, выбора рода занятий, энергетического соперничества и психосоциального самоопределения.

См. *идентичность, характер, Я*.
[191]

ИЗМЕНЕНИЕ ФУНКЦИИ (CHANGE OF FUNCTION)

Появление в абсолютно новом контексте и обслуживание новой функции формой поведения, возникшей в ином контексте в раннем детстве. Так, то, что возникло как средство (например альтруистическое поведение как защита в форме реактивного образования), может фиксироваться и становиться целью (Hartmann, 1939). В плане развития этот термин обозначает всякую прогрессию от более примитивного и инстинктивного поведения к формированию более зрелого или социально приемлемого и соответствующего возрасту.

Когда инстинктивно обусловленное поведение (поведение, заряженное либидиной или агрессивной энергией) сменяется менее примитивными, более контролируруемыми, социально адаптивными формами (особенно, если целью является смещение), применяется термин *сублимация*. Принято говорить, что энергия трансформируется и переадресуется в относительно независимые и бесконфликтные сферы деятельности, в частности, в творчество. Концепция сублимации порождает немало теоретических проблем, что, однако, не ставит по сомнению правомерность представлений об изменении функции.

См. *генетическая ошибка, психическая энергия, сублимация*.
[408, 488]

ИЗМЕНЕННЫЕ СОСТОЯНИЯ СОЗНАНИЯ (ALTERED STATES OF CONSCIOUSNESS)

См. *сознание*.

ИЗМЕНЕННЫЕ СОСТОЯНИЯ Я (ALTERED EGO STATES)

Состояния, возникающие в результате защитного регрессивного искажения определенных функций Я и снижения его интегративных возможностей. Отдельные нарушения функций Я следует всегда ожидать при наличии серьезного конфликта и активизации защит; они могут наблюдаться практически при всех психопатологических состояниях, невротических, пограничных и психотических. В литературе, однако, термин *измененные состояния Я* принято соотносить с состояниями, при которых эпизодически с достаточной устойчивостью искажается — в целом или частично — самовосприятие, восприятие объекта, восприятие окружающего, что приводит к чувству нереальности. Эти случаи преходящи, могут длиться от нескольких минут до нескольких дней, но могут возникать на протяжении всей жизни. Нарушениям могут быть подвержены чувства, относящиеся к самым разным областям — к пространству, времени, сознанию, идентичности, чувству реальности. Может затуманиваться зрение, образы казаться большими или меньшими, цвета ярче или тусклее; телесные чувства варьируют от ощущения покалывания до оцепенения и омертвения; могут изменяться тактильные и вкусовые ощущения. Возможны переживания изолированности отдельных частей тела или разума от тела, что сопровождается чувством отчуждения от себя или от окружения. Лица с подобными нарушениями способны, как правило, осознавать и регистрировать изменения, происходящие с ними или окружающим миром. Проявления измененных состояний Я многообразны; некоторые из них настолько распространены, что, хотя и не представляют нозологических единиц, имеют собственные обозначения; примерами являются микропсия, феномен Исаковера, феномен *dj̄va vu*, деперсонализация, дереализация. Тесно связанные состояния, влияющие на сознание и идентичность, такие, как состояния диссоциации, транса, гипноза, замешательства, амнезии, ступоры, раздвоение личности, отличаются от предшествующих примеров в том, что предполагают меньшее осознание расщепления Я.

Искажения функций Я при перечисленных состояниях возникают как защита Я (зачастую посредством фантазий) от восприятия и представлений, несущих в себе угрозу на сознательном или, что более вероятно, на бессознательном уровне. Эти феномены представляют защитную регрессию к более ранним уровням либидо или Я. Я расщепляется на сохранную наблюдающую часть и на часть переживающую. Феномены измененного Я могут возникать как у здоровых, так и у больных людей и, по-видимому, не связаны с конфликтами, вытекающими из конкретной фазы психосексуального развития. В повседневной жизни они проявляются в периоды кризисов, а при психоаналитическом лечении — когда вплотную к поверхности подступили инстинктивные импульсы, неприемлемые для Я-идеала.

См. *деперсонализация, дереализация, защита, конфликт, сознание, функции Я, айја vu.*

[34, 106, 203, 808]

ИЗОЛЯЦИЯ (ISOLATION)

См. *защита.*

ИМАГО (IMAGO)

См. *термины аналитической психологии.*

ИМПОТЕНЦИЯ (IMPOTENCE)

Генитальная дисфункция у мужчин, обычно — неспособность достичь эрекции или поддерживать ее на достаточном для совершения полового акта уровне. Хотя импотенция может иметь физиологическую основу — например, диабетическую невропатию, — в большинстве случаев она детерминирована психологически. *Преждевременная эякуляция, задержка эякуляции* и относительный недостаток удовольствия несмотря на оргазм (*психическая импотенция*) предполагают стоящие за ними сходные психические проблемы. Один и тот же индивид может страдать одной либо всеми перечисленными дисфункциями. Мысли, установки или

действия, служащие отрицанию или минимизации того, что делает пациент, могут быть использованы в защитном плане с достаточно хорошим результатом. Все, что обеспечивает эмоциональную или физическую дистанцию, может дать возможность некоторой потенции посредством нейтрализации опасности близости и совершения акта, что часто имеет эдипово значение. В некоторых случаях имеет значение поза при половом акте; например, потенция возможна только при половом акте в позиции сзади. В некоторых случаях потенция возможна при сношениях с так называемыми “дурными” или “падшими” женщинами, но невозможна в отношениях с “хорошей” женщиной, любимой и уважаемой, к которой, однако, невозможно относиться сексуально, поскольку она репрезентирует непорочную мать детства. Женщины других стран, рас и вероисповеданий могут не ассоциироваться с эдиповым значением акта.

Контроль над эякуляцией связан с сексуальной и эмоциональной зрелостью индивида и отражает его внимание к потребностям и состоянию сексуального партнера. У мужчин с преждевременной эякуляцией, как правило, можно выявить серьезную психопатологию в их отношениях с женщинами; часто они бессознательно относятся к ним как к несущим опасность, “грязным” или “падшим”. Решающее значение имеют тревога и враждебность: мужчина вполне potentен при хороших отношениях с женщиной, но импотентен при появлении враждебности. Преходящие состояния импотенции могут быть связаны с алкоголем, угрожающей ситуацией или иными поглощающими индивида проблемами.

Серьезная психопатология может затрагивать лишь некоторые функции, сохраняя другие относительно неповрежденными. Каким будет симптом — психическим или сексуальным (фобия и obsессия либо импотенция или преждевременная эякуляция), определяется взаимодействием самых разных факторов. Черты характера могут несексуальным образом выражать смысл импотенции; например, социальная тревожность или нерешительность отражают тот же страх повреждения или чувство стыда. Или же индивид может быть ограничен в возможности испытывать тепло и сочувствие к другим. Часто связаны с импотенцией социальный конформизм, исключитель-

ная воспитанность, интроверсия, трудности самоутверждения. Импотент может быть застенчив, тревожен, пассивен или зависим вблизи женщин, или же как реакция на эти характеристики у него могут развиваться донжуанство, стремление к поверхностным кратковременным связям. Он может избегать открытых столкновений с мужчинами или же предпочитать интеллектуальное соперничество физическому, либо эти установки могут перекрываться сверхкомпенсаторной конкуренцией.

В детстве таких пациентов часто присутствует балующая, подавляющая, порождающая чувство вины или сексуально провоцирующая мать; отец же — безразличный, отвергающий, отсутствующий или склонный к постоянным обвинениям, что препятствует установлению настоящей взаимной привязанности между отцом и сыном. Близость к матери и отдаленность по отношению к отцу усиливают эдиповы желания и страхи, от которых индивид защищается с помощью вытеснения, подавления и характерологического ограничения. В юности сильное сексуальное влечение может преодолевать подавление, вызывающее импотенцию в среднем возрасте.

[5, 154, 425, 639]

ИНВОЛЮЦИОННАЯ ДЕПРЕССИЯ (INVOLUTIONAL DEPRESSION)

Депрессивный психоз, возникающий впервые в климактерический или инволюционный период жизни (40—55 лет для женщин и 50—65 лет для мужчин), когда снижается активность эндокринных желез, утрачивается репродуктивная способность и часто редуцируется родительская ответственность; как результат надвигающегося возраста происходят также изменения во взаимоотношениях и в работе.

Эта диагностическая единица опущена в DSM-III, поскольку считается, что она идентична другим формам депрессии (хотя она не биполярна) и что выделять ее по возрастному основанию клинически неправомерно. Тем не менее многие психиатры и аналитики выделяют инволюционную депрессию с ее специфической симптоматикой,

течением и прогнозом в качестве самостоятельной диагностической категории.

Первый эпизод инволюционной депрессии возникает, как правило, после сорока пяти лет. Семейный анамнез здесь не столь важен, как при других видах депрессии. Инволюционная депрессия обычно сопровождается возбуждением и выраженной тревогой, велика опасность суицида. Часто имеют место ипохондрические опасения, которые во многих случаях преобладают в клинической картине. В остальном психическое содержание и симптоматика сходны с другими видами депрессии. Хотя заболевание, как правило, ограничено во времени и продолжается обычно 9—18 месяцев, оно изнурительно и опасно. Прогноз излечения благоприятен. Реакция на соматическую терапию, лекарства или электрошоковую терапию положительно в 85—90% случаев, и период выздоровления существенно сокращается. Рецидивы возникают реже, чем при других видах депрессии, и могут быть отсрочены на 10—20 лет.

До возникновения депрессивного эпизода пациенты, как правило, функционируют вполне успешно. В основном это впечатлительные индивиды с обсессивными и перфекционистскими наклонностями, регуляция самооценки которых требует отличного поведения с одобрительными реакциями значимых других. Депрессия выступает как декомпенсация прежде успешного обсессивного паттерна жизни. Провоцирующими факторами могут быть прекращение менструаций, смерть родственника, к которому пациент испытывал амбивалентные чувства, уход детей из семьи или продвижение в карьере коллег, которых предпочли пациенту. Сознывая, что время безвозвратно уходит, эти ригидные, ориентированные на достижения люди оказываются перед угрозой невозможности достичь целей, поставленных их Я-идеалами. Самооценка колеблется; провоцируется депрессия. Благоприятная реакция на лечение связана с отслезительными функциями Я, что объясняет также хороший уровень преморбидного функционирования таких пациентов, пока они не сталкиваются с проблемами, ограничениями и приводящими к снижению самооценки особенно с симптомами инволюционного периода.

См. *аффективные расстройства, депрессия, маниакально-депрессивный синдром, психоз.*

[735]

ИНДИВИДУАЦИЯ (INDIVIDUATION)

См. *аналитическая психология; сепарация-индивидуация*

ИНКОРПОРАЦИЯ (INCORPORATION)

См. *интернализация.*

ИНСАЙТ (INSIGHT)

Способность к мгновенному пониманию сути ситуации или собственных проблем либо акт такого понимания. В психиатрии термин часто применяется для обозначения осознания пациентом собственного психического нездоровья, которое типичным образом отсутствует при психозах, но имеет место при неврозах. В психоанализе термин применяется шире — в значении понимания динамических факторов, причастных к разрешению конфликта, — и рассматривается в качестве важного достижения, необходимого для терапевтического изменения. Такое понимание требует определенной свободы ассоциаций, самонаблюдения, размышления, пронизательности, ведущих к объективности (чему способствует психоаналитическая ситуация). Инсайт является продуктом синтезирующих и интегрирующих функций Я.

В обычном употреблении *инсайт* означает мгновенное ясное понимание, достигаемое, по-видимому, интуитивно. В процессе психоаналитического лечения он может проявиться в виде внезапного озарения или понимания, называемого "ага"-переживанием, благодаря которому определяющие факторы и связи идеи или фрагмента поведения либо более глобальные аспекты индивидуального способа видения и чувствования видятся в перспективе. Чаще, однако, инсайт достигается постепенно, сопровождаясь медленно прогрессирующим знанием о себе. По мере интерпретации сопротивлений вы-

тесненное идеационное содержание возвращается и теперь принимается Я, благодаря чему облегчается психическая реорганизация. Окончательный инсайт содержит два компонента — аффективный и когнитивный; само по себе когнитивное осознание не приводит к терапевтическому изменению. Нередко когнитивный компонент инсайта в процессе психической реорганизации вытесняется снова, но приобретенная эмоциональная свобода сохраняется.

См. *анализ, психоанализ.*
[13, 110, 237, 635, 869]

ИНСАЙТ-ТЕРАПИЯ (INSIGHT THERAPY)

См. *психотерапия.*

ИНСТИНКТ (INSTINCT)

Термин, введенный в обиход биологами, в основном исследователями поведения животных, и нашедший широкое применение при описании поведения человека. Согласно самому широкому определению, инстинкт есть специфический для вида поведенческий паттерн, преимущественно основанный на наследственности и поэтому относительно независимый от научения. Термин *инстинкт* применялся для обозначения широкого круга поведенческих паттернов (материнский инстинкт, гнездовой, сезонно-миграционный и т.д.). Эти феномены, как оказалось, не подчиняются ни анализу с точки зрения компонентного поведения, ни физиологическому объяснению. Как следствие, термин имел сильную телеологическую коннотацию. Это отражается в использовании термина *инстинктивная цель*, обозначающего предполагаемую цель, укорененную в инстинктивном поведении. Заданная цель подразумевается, например, в понятии *инстинкт самосохранения*, игравшем главную роль в ранних гипотетических построениях.

На современную теорию инстинкта повлияло развитие ряда смежных областей. Наблюдения, в особенности этологической школы (Лоренц, Тинберген и др.), а также социобиологов (Э. О. Уилсон) и нейробиоло-

логов (Э. Кэнделл) внесли существенные сомнения относительно валидности и эвристической ценности понятия *инстинкт*. Внимательное наблюдение за внешне целенаправленным инстинктивным поведением позволяет ученым расчлнить его на частные паттерны взаимосвязанных и последовательных реакций. Как было показано, элементы этих последовательных паттернов подвержены внешним манипуляциям, извращающим их очевидные (то есть телеологически правдоподобные) цели в естественном состоянии (Hassler, 1960).

Тенденция этих паттернов сохраняться в природе в целом объясняется с точки зрения эволюции: те или иные поведенческие последовательности предпочтительны настолько, насколько лучше по сравнению с другими они обеспечивают выживание. Но существует и третья возможность: имеются также нейтральные (то есть не затрудняющие выживание и не способствующие ему) генетически закодированные паттерны поведения.

Поэтому большинство современных биологов, следуя Шнейрле, подвергают эту концепцию инстинкта критике. Они предпочитают говорить о *типичных для вида паттернах поведения*, предположительно укорененных во врожденном, генетически детерминированном оснащении. При этом поведенческие проявления подобных паттернов почти всегда в той или иной мере зависят от среды. Можно сформулировать принцип, согласно которому роль среды возрастает с усложнением нервной системы.

В ранних психоаналитических теориях термин *инстинкт* использовался для описания мотивационных сил человеческого поведения; в настоящее время эти силы обычно обозначаются как *инстинктивные влечения*.

[424, 477, 764, 791, 882]

ИНСТИНКТИВНОЕ ВЛЕЧЕНИЕ (INSTINCTUAL DRIVE)

Цель влечения
(Instinctual Aim)
Объект влечения
(Instinctual Object)

Гипотеза об эндогенных мотивационных силах (наряду с другими), обуславливающих

поведение человека, была одним из наиболее ранних допущений Фрейда и в дальнейшем оставалась краеугольным камнем психоаналитической теории. Для обозначения этих источников мотивации Фрейд использовал немецкое слово *Trieb*. Из множества определений наиболее распространено следующее: "[*Trieb*]... представляется нам как понятие на границе психического и соматического, как физический репрезентант стимулов, исходящих изнутри организма и достигающих психики, как мера требований к работе психики вследствие ее связи с телом" (Freud, 1915, с. 121—122).

Англоязычные читатели Фрейда были введены в некоторое заблуждение Стрейчи, решившим перевести слово "*Trieb*" как "инстинкт". Инстинкты, как их определяют биологи и исследователи поведения, выступают в качестве мотивационных сил, всегда воплощающихся в виде специфического поведенческого паттерна. Напротив, фрейдовское понятие "*Trieb*" предполагает, что мотивационные силы могут действовать безотносительно к определенному способу проявления. Поскольку его определение касается психических репрезентаций (в сознательном, предсознательном или бессознательном) стимулов, порождаемых физиологическими процессами, оно не предполагает — в отличие от понятия *инстинкт* — специфического паттерна поведенческой реакции. По всей видимости, Фрейд имел в виду всю совокупность психических репрезентаций, которые могут быть связаны с данным соматическим процессом. В качестве определяющих характеристик он назвал *источник, цель и объект*. Следует сразу отметить, что по крайней мере одно из этих понятий, а именно "объект", предполагает определенную степень дифференциации себя и объекта. В этом смысле инстинктивное влечение соотносится с проблемами развития и созревания. Понятие *цель* также предполагает ряд проблем. Поскольку существует возможность определения в терминах, соотносимых лишь с *потребностью* в разрядке соматического напряжения, многие авторы (Hartmann, Kris & Loewenstein, 1949) рассматривают действие над объектом как уже включенное в определение инстинктивного влечения. Другие авторы (например, Brenner, 1982), признавая врожденную природу инстинктивных влече-

ний, считают, что их реализация возможна лишь при соответствующем преобразовании опытом. Третью (Jacobson, 1964) допускают, что инстинктивные влечения являются продуктом развития. Фрейд допускал, что *Triebe* основаны на врожденных, генетически обусловленных потенциях организма. Это явилось одной из причин того, что Стрейчи и другие до него избрали для перевода термин “инстинкт”. Термин “инстинктивные влечения”, подчеркивая биологический аспект понятия “Trieb”, позволяет избежать ловушки, связанной со словом “инстинкт”. Новый термин был поддержан такими теоретиками, как Гартманн (1948) и Шур (1966).

Не было установлено, как можно определить ту врожденную данность, которая выступает в качестве генетически детерминированного субстрата (компонентов) инстинктивных влечений. Теоретические представления Фрейда претерпели значительную эволюцию. В итоге он пришел к разграничению двух основных тенденций, назов одну из них *либидо*, или *эросом*, другую — агрессией, представления о которой он сформулировал в терминах *влечения к смерти (танатос)*. Либидо, или эрос, проявляется как в физиологических, так и в психических процессах, и направлено на синтез; оно присутствует также во всех позитивных аспектах человеческих взаимоотношений и является конструктивным элементом мотивации большей части человеческой активности. В более узком смысле либидо принято связывать с “энергией”, проявляющейся в эротических или сексуальных целях; в этом смысле либидо иногда обозначают как *сексуальный инстинкт*.

Положение о влечении к смерти является, пожалуй, наиболее спорным у Фрейда. Его остро критиковали как психоаналитики, так и другие теоретики; до сих пор оно остается крайне спекулятивным и не подтверждается биологическими исследованиями. Фрейд признавал и активно обсуждал тот факт, что влечение к смерти можно наблюдать лишь в агрессивных, деструктивных действиях, направленных либо на внешнюю среду, либо на себя. В настоящее время большинство психоаналитиков как в клинической практике, так и в своих публикациях пользуются представлениями о либидинозных и агрессивных инстинктивных влечениях. Они также согласны в том, что ин-

стинктивных влечений в чистом виде не существует. Поведение человека рассматривается как отражение либидинозных и агрессивных побуждений (конфликтующих либо взаимодействующих), при преобразующем воздействии уже интернализированных регуляторных агентов (Сверх-Я), индивидуального самовосприятия и отношения к среде. Таким образом, проявление инстинктивных влечений всегда является объектом влияния индивидуальной истории развития и актуальных условий. Они подвергаются “слипанию” еще на ранних этапах жизни и “расплаиваются” в качестве регрессивных феноменов в особых ситуациях.

[131, 285, 411, 422, 451, 766, 791]

ИНТЕЛЛЕКТУАЛИЗАЦИЯ (INTELLECTUALIZATION)

Психологическая связь инстинктивных влечений с интеллектуальной активностью, особенно в целях контроля над тревогой и редукцией напряжения. Этот механизм обычно возникает в подростковом возрасте; примеры тому — абстрактные дискуссии и рассуждения на религиозные и философские темы, позволяющие избежать конкретных телесных переживаний или конфликтных чувств и идей. При благоприятных обстоятельствах адаптивная интеллектуализация может способствовать повышению уровня знаний и интеллекта, но патологические нарушения могут приводить к формированию обсессивной и паранойяльной симптоматики. При психоаналитическом лечении интеллектуализация нередко используется в целях защиты, отделяя и изолируя идеи от аффектов и препятствуя тем самым достижению эмоционального инсайта.

См. *инстинктивные влечения, обсессия, психическая энергия.*

[225, 748, 827, 874]

ИНТЕРВЕНЦИЯ (INTERVENTION)

Общий термин для обозначения всех видов коммуникации аналитика с пациентом. К интервенциям относятся инструкции,

объяснения, вопросы, конфронтации, разъяснения, реконструкции и интерпретации.

ИНТЕРНАЛИЗАЦИЯ (INTERNALIZATION)

В широком, биологическом, смысле — процесс, посредством которого аспекты внешнего мира и интеракции с ним входят в организм и репрезентируются в его внутренних структурах. В рамках психоанализа этот процесс понимается как интрапсихический и обычно отнесенный к объектам, осуществляющийся в трех основных формах: инкорпорации, интроекции и идентификации. Соответствующие феномены экстернализации — проекция и действие. Хотя эти термины применялись не строго и как взаимозаменяемые, предпринимались многочисленные попытки определить их специфически с точки зрения уровня психического и психосексуального развития (Meissner, 1981).

Интернализация (термин, обобщающий эти способы) рассматривается как средство, при помощи которого аспекты удовлетворяющих потребности отношений (Hartmann, Kris & Loewenstein, 1949; Hartmann, 1950; A. Freud, 1952) и функций, осуществляемых одним индивидом для другого (Loewald, 1962; Tolpin, 1971), сохраняются, становясь частью самого индивида. Интернализация, являясь первичным феноменом, способствующим психическому развитию, действует в течение всей жизни, когда нарушаются либо прекращаются отношения со значимым другим. Восприятие, память, мыслительные репрезентанты и символические образования кодируют во внутреннем плане аспекты объектов и интеракций с ними, постепенно выстраивая структуры психического аппарата, благодаря чему индивид получает возможность присвоить функции, изначально осуществлявшиеся другими. Существуют различные формы репрезентации — сенсомоторная, образная, словесная, символическая (Piaget, 1937; Bruner, 1964; Horowitz, 1972; Blatt, 1974). Таким образом, психический аппарат получает возможность фиксировать и сохранять личностный и культурный опыт индивида, и эта фиксация отражает как фазу психосексуального развития и развития Я, так и спосо- б переработки информации.

Фрейд (1917) постулировал существование ранней формы интернализации (прямой, непосредственной, не связанной с утратой объекта), так называемой *первичной идентификации*. Последняя проявляется до дифференциации индивидом себя и объектов и поэтому должна быть отделена от интернализации на других уровнях развития, где нечто, первоначально переживавшееся как внешнее, становится внутренним (Sandler, 1960; Loewald, 1962; Jacobson, 1964). Такая интернализация называется *вторичной*. Принято считать, что она возникает на более высоких уровнях развития — последовательно в формах инкорпорации, интроекции и идентификации. Некоторые авторы (например, Meissner, 1979, 1981) считают, что эти три уровня интернализации включают различные психические процессы, тогда как другие (Behrends & Blatt, 1985) полагают, что механизм интернализации на различных уровнях идентичен, но соотносится с различными уровнями дифференциации индивидом себя и объектов.

Инкорпорацию можно рассматривать как способ интернализации относительно недифференцированного уровня, на котором базисное различие себя и объектов достигнуто лишь в самом общем виде. Поскольку на этой стадии частные свойства выделяются плохо, интернализации глобальны, не дифференцированы и буквальны. Чувствование себя часто смешивается с чувствованием другого. Предполагаются фантазии орального поглощения и разрушения объекта. Инкорпорация как способ интернализации проявляется в фантазиях и сновидениях больных психозами, импульсивными расстройствами и с выраженным оральным характером. Она также встречается у невротических пациентов в состояниях выраженной регрессии при анализе.

При *интроекции* нет присущей инкорпорации деструкции через поглощение, и она не связана с границами тела. Это несколько более дифференцированный процесс, при котором частные свойства и функции объектов доступны, но не полностью интегрируются в целостное и эффективное чувство себя. Однако интроецированные компоненты становятся частью репрезентации себя или структур психического аппарата (Я, Сверх-Я или Я-идеала).

Таким образом, репрезентанты объекта трансформируются в репрезентанты себя,

если границы между тем и другим неразличимы, в результате чего индивид может потерять чувство себя как отдельного целого и даже идентичности. Это происходит, когда ребенок психологически принимает родительские требования как собственные, но ведет себя одинаково независимо от присутствия объекта. Регулирующие, запрещающие или вознаграждающие аспекты Сверх-Я формируются через интроекцию родительских указаний, предостережений и поощрений.

Термин *идентификация* используется в качестве общего обозначения всех психических процессов, посредством которых индивид становится похож на другого в одном или нескольких аспектах; в этом смысле идентификация включает в себя все остальные термины, которые обсуждались выше. Однако в настоящее время аналитики склонны относить этот термин к более высокому по уровню типу интернализации. Этот более зрелый уровень интернализации предполагает более тонкую дифференциацию субъекта и объекта, и, с точки зрения интернализируемых свойств, процесс является более избирательным. Различные установки, функции и ценности других людей интегрируются в связную, эффективную идентичность и становятся полноценными функциональными частями субъекта, конкурентоспособными с другими. Таким образом, идентификация отличается от других способов интернализации с точки зрения того, насколько интернализация является центральной для базисной идентичности или ядра Я (Loewald, 1962). Трансформированные репрезентанты субъекта стабильны и способствуют становлению возрастающего чувства идентичности, самоконтролю и целенаправленности (Schafer, 1968).

Различные способы интернализации соотносятся со стадиями созревания и психического развития; на них влияют травмы, конфликты, задержки и регрессии каждой стадии. В оптимальном варианте они способствуют процессам обучения, включая овладение языком, а также развитию черт характера, таких, как манеры поведения, интересы и идеалы. Идентификации с любимыми, обожаемыми людьми или же с теми, кто вызывает страх, приводит к формированию адаптивных или защитных паттернов реагирования.

См. *характер, развитие, развитие Я*.
[65, 97, 141, 227, 294, 324, 412, 422, 438, 451, 567, 569, 601, 602, 685, 746, 757, 839]

ИНТЕРПРЕТАЦИЯ (INTERPRETATION)

Основной вид деятельности аналитика во время лечения, процесс, в ходе которого аналитик словами выражает то, что он понял в психической жизни пациента. Понимание основывается на описании пациентом своих воспоминаний, фантазий, желаний, страхов и других элементов психического конфликта, прежде им не осознававшихся либо осознававшихся неполно, неточно или в искаженной форме. Интерпретация основывается также на наблюдениях за тем, как пациент искажает отношения с аналитиком, чтобы встретиться с бессознательными потребностями и оживить прошлые переживания.

Интерпретация — это утверждение нового знания о пациенте. Этому процессу способствуют оба участника аналитического процесса, хотя аналитик, как правило, выступает инициатором. *Генетическая интерпретация* связывает и соотносит чувства, мысли, конфликты и поведение в настоящем с их историческими предшественниками, часто обращаясь к раннему детству. *Реконструкция*, являясь частью генетической интерпретации, представляет собой “сборку” информации о психологически значимых ранних переживаниях. Эта информация извлекается из сновидений, свободных ассоциаций, трансферентных искажений и других источников аналитических данных. *Динамическая интерпретация* направлена на прояснение конфликтующих психических тенденций, проявляющихся в поведении, чувствах и других формах психической деятельности. *Интерпретация переноса* раскрывает и объясняет искажения психоаналитических взаимоотношений, основанные на смещении на фигуру аналитика чувств, установок и способов поведения, изначально относившихся к значимым фигурам из прошлого пациента, обычно к родителям, братьям и сестрам. *Анагогическая интерпретация*, обычно предполагающая материал сновидений, раскрывает и проясняет абстрактные идеи, которые из-за сложности

их непосредственной репрезентации в психических образах представлены в аллегорической форме материалом, до некоторой степени свободно соотносимым с абстрактными мыслями.

Интерпретация обычно предполагает дополнения и изменения со стороны аналитика и пациента по мере появления нового материала. Процесс интерпретации позволяет пациенту понять свою прошлую и настоящую внутреннюю жизнь по-новому, менее искаженно и более полно, что дает возможность изменения чувств, установок и поведения. *Проработка* связывает процесс интерпретации с терапевтическим изменением.

См. генетическая ошибка, перенос, проработка, реконструкция.
[41, 521, 549, 571]

ИНТРОВЕРСИЯ (INTROVERSION)

См. термины аналитической психологии: типология.

ИНТРОЕКТИВНАЯ ИДЕНТИФИКАЦИЯ (INTROJECTIVE IDENTIFICATION)

См. теория Кляйн.

ИНТУИЦИЯ (INTUITION)

Способность быстрого понимания или распознавания. Интуиция предполагает возможность молча и без видимых усилий (то есть предсознательно) организовать и интегрировать множество разнесенных во времени наблюдений. Процесс интуитивного понимания достигается без осознания промежуточных шагов; приобретенное знание кажется внезапным, неожиданным и потому удивительным. Интуитивно обретенные знания требуют целенаправленной валидации на основе объективного познания.

Интуиция связана с эмпатией, и разграничение между ними проводится не всегда

верно. Эмпатия обычно предполагает общие эмоциональные переживания, в то время как *интуиция* соотносится с индивидуальными мыслями и идеями, которые могут и не сообщаться кому-либо в момент их появления. Эмпатические реакции являются информацией, на основе которой часто возникает интуитивное понимание. И наконец, эмпатия выступает как функция переживающего Я, а интуиция — наблюдающего Я.

См. познание, предсознательное, эмпатия, Я.

ИНФАНТИЛЬНАЯ СЕКСУАЛЬНОСТЬ (INFANTILE SEXUALITY)

Проявления психосексуального развития до подросткового возраста. Они отражают соответствующее определенным фазам созревания сексуального влечения (которое само подчиняется закономерностям общего развития) и постепенное развитие способности к формированию объектных отношений.

В ходе развития отдельные области тела ребенка (эрогенные зоны) становятся важными участками напряжения, удовлетворения и дистресса (то есть удовольствия или неудовольствия). Сначала оральная (рот, губы, язык), затем анальная, уретральная и, наконец, генитальная области наделяются повышенной способностью к обеспечению удовольствия и разрядке напряжения. Однако период развития столь непродолжителен, что даже при доминировании одной из зон в очередной фазе остальные зоны по-прежнему активны и способны обеспечивать эротическое удовлетворение. Поэтому катексис одной из зон не означает отсутствие такового в отношении остальных.

Ребенок от рождения отличается генетически заложенной способностью образовывать аффективные связи с другими людьми. Поскольку базисные телесные потребности (например, голод) удовлетворяются через контакты с объектами, удовлетворяющая стимуляция, связанная с различными эрогенными зонами, усиливает привязанность к объекту и дает импульс (парциальное влечение) к последующему удовлетворению. Удовольствие интрапсихически ассоциируется с присутствием объекта.

Однако ребенок способен и к самоудовлетворению (например, посредством сосания пальца или задержки стула). Таким образом, удовлетворение дериватов влечений может быть отнесенным к объекту или аутоэротическим.

С возникновением Я у ребенка начинает возникать психическая репрезентация отсутствующего в данный момент объекта, что повышает удовольствие от аутоэротической активности. В ходе дальнейшего развития с обретением опыта сексуальные фантазии постепенно усложняются, приводя к конфликтным представлениям эдипова периода с сопутствующей генитальной мастурбацией или без таковой. Впоследствии они перерастают в подростковые и взрослые фантазии при мастурбации. В латентном периоде (периоде сексуальной статичности, продолжающийся с конца фаллически-эдиповой фазы до наступления подросткового возраста) сексуальные побуждения в значительной степени вытесняются. Такое вытеснение, однако, не является полным, и инфантильная сексуальность, хотя и принимает другие формы активности, сохраняется, выражаясь в симптомообразованиях, в структуре характера или в мастурбации.

С достижением подросткового возраста у индивида появляется возможность сексуального удовлетворения посредством внешнего объекта. Теперь он вынужден противостоять собственным фантазиям и желаниям, часть которых является дериватами парциальных влечений, ранее на сознательном уровне не принимавшихся. После того как сексуальные элементы организируются при примате гениталий, остатки инфантильной сексуальности находят нормальное выражение в виде предварительной эротической игры (взгляды, прикосновения, поцелуи и т.п.). Созревание сексуальной организации сочетается, как правило, с укращением агрессивного влечения, возрастанием контроля над инстинктивными проявлениями и слиянием любовной нежности и сексуального желания в едином объектном отношении. Некоторые индивиды, однако, не достигают взрослой генитальной организации вследствие конституциональных особенностями, проблем развития или интрапсихического конфликта. Их сексуальная активность напоминает таковую при инфантильной сексуальности с точки зре-

ния условий или способа разрядки, необходимых для достижения удовлетворения или обусловленных характером объектных отношений (например, привязанностью к парциальным объектам).

См. инфантильный невроз, компонентные влечения, объект, перверсия, подростковый возраст, психосексуальное развитие.

ИНФАНТИЛЬНОСТЬ (INFANCY)

Хотя Фрейд использовал термин “инфантильный” для обозначения феноменов всего детского периода, *инфантильность* в современном употреблении относится к периоду первых трех лет жизни. В этот период ребенок переходит от состояния полной психической и физической зависимости к индивидуальному бытию с автономной регуляцией чувствования себя и других, способностью вербального общения и выражения внутренней реальности, независимостью во многих областях психического функционирования. К концу периода инфантильности должны произойти важные достижения в психической структуре: ребенок должен четко дифференцировать репрезентанты себя и объектов и быть способным интегрировать “хорошие” и “плохие” частичные объекты в целостные репрезентации себя и объектов. Также должны произойти дифференциация Я и Оно, развитие защитные механизмы, способные справиться с конфликтными чувствами и побуждениями. Должна появиться способность к формированию компромиссных образований, равно как и способность к продуцированию внутренней тревоги и развитию невротической симптоматики. Такой прогресс вооружает Я способностью интенциональности, сдерживания разрядки, сопротивления регрессии; зарождается толерантность к фрустрации, тревоге и амбивалентности. Ребенок обретает все большую способность справляться со сложными аффективными переживаниями при взаимодействии с одушевленной и неодушевленной средой.

В период инфантильности происходит быстрая дифференциация и интеграция функций, которая отражает сложное взаимодействие конституциональных данностей,

генетически обусловленного созревания и среды (как до, так и после рождения). Существует множество моделей развития ребенка в этот период; хотя в каждой из них акцент делается на чем-то особом, все они основаны на постулате о том, что каждый новый уровень функционирования (выражение аффектов, моторные навыки, сенсорное восприятие и ретенция, контроль побуждений и т.д.) возникает во взаимодействии ребенка со средой. Опыт переживаний организуется во все более сложные паттерны, сначала на физиологическом, а затем на психологическом уровне репрезентации.

Из этих теоретических систем наиболее важными являются модель сенсомоторного развития Жана Пиаже, принадлежащая Фрейдю теория влечений и концептуализация психосексуального развития (вместе с последующими психоаналитическими теориями Я и объектных отношений), модель сепарации-индивидуации Малер, этология человека (изучение наблюдаемого поведения), теория научения, основанные на наблюдениях исследования Шпица, Вулф, Эмде, Штерна и др.

На протяжении первого года генетически обусловленное созревание как детерминанта поведения все более уступает место опыту. Развитие в этот период неравномерно. Наиболее быстрое развитие обозначается как *биоповеденческие сдвиги*; имеется в виду внезапное возникновение новых способностей и функций, включая новые формы аффективного поведения, отражающие новый уровень психической и физиологической организации.

Подобные сдвиги проявляются в виде резких изменений в социальной жизни ребенка. Так называемая *реакция улыбки* (2–3-й месяцы жизни) приводит к более интенсивным и качественно иным взаимодействиям с человеческим окружением, а *боязнь незнакомых людей* (6–8-й месяцы) указывает на появление способности испытывать страх.

Третий заметный поведенческий сдвиг наблюдается между восемнадцатым и двадцать четвертым месяцам жизни, когда появляется жест с сигнальным значением “нет”, происходит быстрое усвоение языка, развивается автономия, способность к социальным контактам, происходит смещение от сенсомоторного интеллекта к репрезента-

тивному (Пиаже), возникает кризис восстановления (Малер), на смену приходит анальная фаза психосексуального развития (Фрейд). По истечении восемнадцати месяцев возникающее чувство Я проявляется в узнавании ребенком себя в зеркале. Ребенок начинает также говорить о себе в первом лице.

Один из способов концептуализации сдвигов уровней психической организации заключается в том, что после двух месяцев ребенок вспоминает мать в моменты узнавания; после семи—деяти месяцев — испытывать биологические и психологические потребности; после восемнадцати месяцев мнемическое воспроизведение осуществляется относительно независимо от внешних стимулов и внутренних потребностей. Такие сдвиги в возможностях ребенка делают процесс развития внешне дискретным, поскольку достижение нового уровня интеграции и организации приводят к типу функционирования, прежде недоступному.

Периоды поведенческих изменений в направлении более сложных уровней организации — это периоды наибольшей уязвимости ребенка к стрессу. Потенциал роста и самоконтроля может уступать место возможности дезорганизации и декомпенсации, причем на то и другое влияет конституциональная предрасположенность. Так, у ребенка, рано научившегося перемещаться в пространстве, будет иной тип объектных отношений, нежели у ребенка, более склонного к сидячему образу жизни и исследующего мир в основном зрительно. Последний может дальше продвинуться в плане индивидуации до начала физической сепарации от опекуна. На уязвимость ребенка к стрессу влияет также среда.

Перцептивный аппарат ребенка отличается врожденной способностью направлять внимание на частичные объекты (конфигурация человеческого лица, голос матери, запах и т.п.). Такая биологически детерминированная способность, способствующая формированию связи с объектами, проявляется даже в отсутствие связанного с данным объектом опыта кормления или при редукции влечений. Следовательно, ребенок по природе социально интерактивен, ищет как возбуждающей, так и успокаивающей стимуляции и способен стимулировать других (особенно мать), вызывая реакции; таким

образом, ребенок может воздействовать на окружение с момента появления на свет. Поскольку развитие является частью системы интеракций, то поведение ребенка и поведение опекуна со временем будут усложняться. Согласно одной из современных гипотез, генетически обусловленное, направленное на объект поведение дает ребенку возможность привлекать к себе внимание матери в период, когда его выживание целиком зависит от нее.

См. константность объекта, психосексуальное развитие, реакция улыбки, развитие Я, сепарация-индивидуация, страх незнакомца.

[145, 181, 389]

ИНФАНТИЛЬНЫЙ НЕВРОЗ (INFANTILE NEUROSIS)

Термин, введенный в обиход Фрейдом для описания психических нарушений, которые рассматриваются как общие для всех людей при столкновении с эдиповым комплексом. На пике развития того, что Фрейд назвал "инфантильной генитальной организацией" (фаллической фазой), "...доминирующее значение приобретает интерес к гениталиям и их деятельности, к тому, чего немного не достигло созревание" (Freud, 1923). Эта генитальная направленность сопровождается универсальными фантазиями обладания объектом противоположного пола, завистью, ревностью, гневом в отношении объекта своего пола, сменяющимися друг друга конфликтами и желаниями привязанности идеализируемого объекта своего пола. Зависть к пенису, страх кастрации, страх утраты любви, низкая самооценка и чувство вины могут появляться как манифестации этого ядерного конфликта.

Понятие инфантильного невроза стало центральным в психоанализе после случаев маленького Ганса и "человека-волка" (Freud 1909, 1918). В настоящее время оно имеет два значения: 1) прототипического источника интрапсихических конфликтов эдипова комплекса; 2) метапсихологического конструкта, относящегося к внутренней структуре и организации инфантильной личности, возникающим в результате конфликта. Во втором значении инфантильный невроз характеризуется вызывающим тревогу интернализи-

рованным конфликтом и структурой Я, способной ответить на сигнал тревоги соответствующими защитами и компромиссами. С явными симптомами или без таковых эта интрапсихическая организация составляет основу будущего невроза взрослого.

Неврозы начинаются с интрапсихического конфликта. Исторически существовала тенденция недооценивать возможности предшественников Я и Сверх-Я в формировании интрапсихического конфликта на ранних стадиях развития. Согласно современным представлениям, интернализация конфликта начинается во второй половине второго года жизни (Mahler, 1975). Большое значение для совладания с эдиповым конфликтом имеет выход из восстановительного кризиса. Специфические трудности, связанные с эдиповым комплексом, в сочетании с требованиями зарождающегося Сверх-Я, усиливают возможность невротического конфликта.

Однако инфантильный невроз предполагает не только интернализированный конфликт, но также определенную стадию психического структурирования. Борьба Я с инстинктивными влечениями все более поддерживается со стороны Сверх-Я. С обретением Сверх-Я большей консолидации во внутреннем мире возникает организованный набор норм и источник наказаний; нарушение внутренних норм приводит к внутреннему порицанию, то есть чувству вины. Наградой за следование этим нормам или целям является чувство гордости и повышение самооценки. Соответственно, уменьшается вероятность внешних влияний на внутренние неупорядоченные компромиссные решения, и Я действует все более независимо от внешней поддержки. Другими словами, классическая формула формирования невроза на сегодняшний день выглядит следующим образом: "...конфликт, за которым следует регрессия; регрессивные цели, повышающие тревогу; тревога, отраженная защитой; разрешение конфликта посредством компромисса; формирование симптома" (A. Freud, 1971, с. 80).

Хотя исторически понятие инфантильного невроза использовалось для описания эдипова конфликта, симптомов и как метапсихологический конструкт, следует, по-видимому, ограничить этот термин только рамками метапсихологических построений. Как уже отмечалось, интернализированный кон-

фликта возникает еще до формирования эдипова комплекса. Это значит, что пациенты с доэдиповым конфликтом могут тем не менее быть невротиками, а пациенты, которых невротиками не считают (с пограничными, нарциссическими, характерологическими и даже шизофреническими расстройствами), обладают эдиповыми желаниями и конфликтами. Кроме того, инфантильный невроз не является клинической диагностической категорией — этот термин нельзя использовать для обозначения констелляции наблюдаемых симптомов. В самом деле, симптоматика, которую считали показателем инфантильного невроза, например фобические и обсессивные проявления, может иметь множество динамических форм.

См. детский невроз, конфликт, психосексуальное развитие, развитие, сепарация-индивидуация, эдипов комплекс.

[232, 236, 260, 296, 304, 585, 727, 839]

ИПОХОНДРИЯ (HYPOCHONDRIASIS)

Симптом жалоб по поводу телесных проблем. При отсутствии явного заболевания чрезмерное внимание направлено на неприятные телесные ощущения, такие, как натяжение, переполнение, раздувание и др., тогда как боль и другие симптомы настоящего физического заболевания вызывают постоянную, назойливую, доходящую до навязчивости тревогу. Пациент убежден в наличии серьезной органической болезни — рака, туберкулеза, сифилиса. Он испытывает дистресс и требует облегчения состояния. Особенно часто симптомы включают кожу, брюшную полость, нос, прямую кишку и гениталии; иногда они обретают свойство соматического бреда; например, пациент уверен, что внутри его тела что-то растет или какая-то часть тела изменила форму.

В типичных случаях ипохондрический пациент замкнут, озабочен собой и обнаруживает выраженные нарциссические черты. Тревога заставляет постоянно обращаться за консультациями к специалистам-медикам. Ипохондрик может стремиться к медицинской карьере, стать причудливым в еде или, как реактивное образование, у него может возникнуть пренебрежение

собственным здоровьем и благополучием. Состояниями, характеризующими ипохондрию, отмечены явления, занимающее промежуточное положение между неврозами, прежде всего истерическими и обсессивными, и бредовыми, депрессивными или шизофреническими психотическими расстройствами.

С психоаналитической точки зрения ипохондрия понимается как результат относительного уменьшения катексиса объектов с одновременным усилением катексиса тела или органа. Возросший катексис органа может быть связан с органическими изменениями в пораженной части тела, что, в свою очередь, может вызывать ипохондрические переживания.

См. актуальный невроз, аффективные расстройства, обсессии.

[183, 203, 280]

ИСКОННЫЕ ОБРАЗЫ (PRIMORDIAL IMAGES)

См. термины аналитической психологии: архетип.

ИСТЕРИЯ (HYSTERIA)

Класс неврозов, известный со времен Гиппократов и относимый в античные времена к болезням матки (hysteron). В конце XIX столетия Жане и Шарко обратили к истерии внимание медиков. Под влиянием Шарко Фрейд совместно с Брейером начал исследовать психические механизмы истерии. В ходе исследований он открыл бессознательную фантазию, конфликт, вытеснение, идентификацию и перенос, чем ознаменовалось возникновение психоанализа. Истерические симптомы объяснялись Фрейдом как результат вытесненных сексуальных воспоминаний и фантазий, обратившихся телесными симптомами.

Психоневрозы Фрейд разделял на две категории — истерический невроз и невроз навязчивости. Он отличал их от *невроза страха*, считая, что физиологической основой последнего является неудачная сексуальная практика; психоневрозы же он считал психическими по природе и связанными

ми с ранними детскими конфликтами. Фрейд различал также два вида истерии — *конверсионную истерию* и *истерию страха*. В обоих случаях главной чертой является защита от эдипова конфликта посредством вытеснения. При конверсионной истерии больной пытается справиться с психическим конфликтом, обращая его в телесные симптомы или посредством диссоциации; при истерии страха Я не преодолевает страх вопреки обсессивным и, прежде всего, фобическим механизмам.

В настоящее время истерию страха принято обозначать как *фобический невроз* или *смешанный психоневроз*.

Конверсионная истерия характеризуется: 1) телесными симптомами, изменчивыми по природе и связанными с психическими функциями и значениями, а не с анатомическими и физиологическими нарушениями; 2) внешним эмоциональным безразличием (*la belle indifference* — “прекрасное равнодушие”) к приписываемой серьезности симптомов; 3) эпизодическими психическими состояниями (самостоятельными или сочетающимися с перечисленной выше симптоматикой), известными как *истерические припадки*. Последние включают диссоциацию определенных психических функций, не нарушающими сферу сознания или исключающими возможность нормального осознания, что приводит к таким расстройствам, как раздвоение личности, сомнамбулизм, общая амнезия и т.п. Нередко истерические припадки выражаются в сложных фантастических историях, которые могут быть проанализированы так же, как элементы сновидений; оба феномена — продукты искажений, проистекающих из механизмов, в которых задействован первичный процесс.

Телесные симптомы конверсионной истерии могут включать моторные, сенсорные или висцеральные феномены: анестезию, боль, паралич, тремор, глухоту, слепоту, рвоту, икоту и т.п. Они соответствуют ложным представлениям о болезни, а не анатомо-физиологической реальности. Вместе с тем — и вопреки аффективной реакции, неадекватной кажущейся серьезности симптома, — истерические пациенты убеждены, что симптомы соответствуют реальному телесному заболеванию.

Появление истерических симптомов связано с пробуждением конфликтов, относя-

щихся к эдипову периоду психосексуального развития. Основную опасность представляет желание объекта incestуозной любви. Кроме того, как показал еще Фрейд, для определенных типов истерии немалое значение имеют догенитальные, в частности, оральные конфликты. Основными формами защиты выступают вытеснение, регрессия и идентификация, приводящие к диссоциированной телесной и аффективной симптоматике, которая действует как искаженный заместитель и компромисс по отношению к изначальному детскому сексуальному удовлетворению.

Таким образом, симптомы представляют выражение на “языке тела” специфических бессознательных фантазий, возникших в качестве компромисса при конфликтах между провоцирующими тревогу инстинктивными желаниями и защитой от этих желаний. Синдромы индивидуальны, и анализ показывает, что они исторически обусловлены специфическими вытесненными прошлыми переживаниями. Выбор симптома (включая пораженный орган или область тела) преимущественно основан на содержании бессознательной фантазии, эротогенности области, ранних идентификаций и возможностей органа в символизации действованных сил. Эти симптомы являются прекрасным примером “возвращения вытесненного” — в них реактивируются как инстинктивное желание, так и защита от него. В недуге или депривации, связанной с симптомом, выражается мазохистское наказание за частичное удовлетворение запретных фантазий.

Эдиповы конфликты могут также влиять на формирование *истерического характера*. Люди с такой структурой характера театрально демонстративны, кокетливы, лабильны в настроениях, склонны к отыгрыванию эдиповых фантазий, но при этом боятся сексуальности и сдержаны в действиях.

Психоанализ — предпочтительный метод лечения истерии; прогноз успешности лечения — от хорошего до самого благоприятного.

Фрейд и Брейер в ранних трудах использовали термины “защитная истерия”, “ретенционная истерия” и “гипноидная истерия”; в настоящее время они вышли из употребления и считаются архаичными.

См. защита, конверсия, символ, тревожные расстройства, характер, эдипов комплекс.

[136, 203, 253, 698]

**ИСТИННАЯ САМОСТЬ
(TRUE SELF),
ЛОЖНАЯ САМОСТЬ
(FALSE SELF)**

См. теория Винникотта.

**“КАК БУДТО” ЛИЧНОСТЬ
(AS-IF PERSONALITY)**

Обозначение лиц с выраженными личностными расстройствами, порождающих иллюзию убежденности и заинтересованности, хотя у них отсутствует преданность высказываемым идеям и проявляемым чувствам. Важные характеристики этого паттерна — отсутствие глубины эмоциональных переживаний и склонность к имитации. Понимавшееся первоначально как отдельная диагностическая категория, относимая лишь к женщинам, понятие “как будто” личности постепенно обрело описательный статус и было отнесено к особенностям поведения, связанным с разнообразными нарушениями, которые присущи как женщинам, так и мужчинам; они наблюдаются даже у здоровых подростков. Первое описание, опубликованное в 1934 году, привлекло внимание исследователей к ранним нарушениям развития объектных отношений, идентификации и саморепрезентации.

[159, 613, 659, 714]

**КАСТРАЦИЯ
(CASTRATION)**

**Комплекс кастрации
(Castration Complex)
Страх кастрации
(Castration Anxiety)**

Несмотря на то, что в большинстве случаев кастрация определяется как лишение индивида яичек (или яичников), Фрейд (1923) отмечал: “Удивительно... сколь мизерную часть детского внимания привлекает другая

область мужских гениталий — маленькие мешочки с их содержимым. И всякий раз при анализе приходится слышать, что люди даже не догадываются, что мужские гениталии включают еще что-то, кроме пениса” (с. 142). Однако много позже Анита Белл (1961) описала комплекс, связанный с отсутствием, утратой или страхом повреждения яичек. В принятом в психоанализе употреблении *кастрация* означает реальную или воображаемую утрату или повреждение гениталий представителей обоего пола, а в более узком смысле — утрату тех частей гениталий, которые приносят максимальное сексуальное наслаждение — пениса и клитора. Символически кастрация может выражаться различными способами.

На ранней генитальной фазе развития, то есть примерно с шестнадцати до двадцати четырех месяцев (Roi phe, 1968) внимание фокусируется на гениталиях и межполовых различиях. С двух с половиной лет сексуальное возбуждение концентрируется в гениталиях, способствуя развитию эдипова комплекса, и особое значение обретает генитальная мастурбация. Одним из решающих в этой области открытий Фрейда было установление универсальности бессознательных фантазий о том, что женщины кастрированы и неполноценны, поскольку лишены фаллоса. Ассоциируясь с мыслями о запретных желаниях, кастрация приобретает значение наказания; страх потери пениса становится источником *страха кастрации*. Такой страх, будучи составной частью эдиповых фантазий, вместе с ассоциируемыми мыслями и эмоциями образует *комплекс кастрации*. Страх кастрации у мальчиков фокусируется на пенисе; девочки боятся проникновения в гениталии, их разрыва или иного повреждения. У девочки может развиться фантазия о том, что она уже кастрирована, поскольку лишена пениса; зависть к пенису характерна для женского комплекса кастрации. Зависть к пенису — не просто желание иметь пенис; в ней есть важные защитные и реактивные аспекты. В реститивные фантазии может включаться то, что, по сути, является воображаемым пенисом.

Хотя комплекс кастрации имеет предшественников — оральную и анальную тревогу, — его следует отделить от них, соотнеся только со связанным с гениталиями возбуждением у представителей обоего пола. У

взрослых страх повреждения гениталий переносится, как правило, на другие части тела. Чрезмерный страх потери, повреждения или проникновения в какую-либо область тела отчасти связан со страхом кастрации. Острый страх кастрации может привести представителей обоего пола к нарциссической переоценке фаллоса и стать помехой на пути формирования независимости, автономии и здоровой гордости мужественностью и женственностью.

См. *тревога, фантазия, генитальность, зависть к пенису.*

[66, 108, 149, 303, 310, 545, 641, 729]

КАТЕКСИС (CATHEXIS)

Термин греческого происхождения, изобретенный и введенный в употребление английскими переводчиками *Standard Edition* для передачи смысла обиходного немецкого слова "Besetzung", не имеющего удовлетворительного английского эквивалента (наиболее близким является понятие "occuration"). Хотя Фрейд никогда не давал определения понятию "Besetzung", он часто использовал его при формулировке представлений о психической энергии, способной к возрастанию и уменьшению, смещению и разрядке, распространяющейся на хранящиеся в памяти следы идей подобно тому, как электрический заряд распространяется по поверхности тела.

Катексис — метафорическое количественное понятие, не относящееся к какой-либо реально измеряемой силе; оно отражает скорее относительную интенсивность бессознательных психических процессов. *Катексис*, таким образом, обозначает интерес, внимание или эмоциональный вклад. *Либинозный катексис* означает эротический интерес к определенному лицу или проблеме.

В различных контекстах Фрейд по-разному использовал описательные образы, и хотя фигуры его речи живы и ясны, английские издатели его трудов, очевидно, сочли, что непоследовательность его терминологии не соответствует требованиям научности. Они явно считали, что научные термины должны быть стандартизованы и отличны от обыденного языка. Английские издатели Фрейда

стремились к согласованию и интеграции различных терминов. Они объединили *катексис*, *катектическую энергию* и *психическую энергию* в синонимический ряд при помощи понятия *антикатексис*, или *контркатексис*, сочли возможным выразить психический конфликт в количественной метафоре, определили *изъятие катексиса* или *декатексис* как отвлечение интереса, внимания, эмоциональной направленности или энергии от какого-либо человека или проблемы, из-за чего происходит реинвестиция в самого себя или другую область.

Свободный катексис представляет собой относительно "сырую" энергию или нарождающиеся способности, что соответствует фрейдовским *парциальным влечениям*, включенным в первичные процессы. В ходе развития многие желания фрустрируются, и человек вынужден создавать все более дифференцированные компромиссы. В приспособлении такого рода рождаются фантазия, язык, мышление.

Некоторые аналитики описывают специфические области интересов и внимание к определенной деятельности как *связанные*, а не *свободные*. Так, устойчивое чувство любви по отношению к постоянному партнеру будет "связанным" в сравнении с интенсивными, но кратковременными чувствами любви, обращенными в прошлом к новорожденному.

Если несколько различных побуждений или потребностей способствуют развитию одного общего интереса (например, комбинация эротической любви, ревнивой ненависти, страха вины, гордости за свое умение и настойчивого любопытства мотивируют контроль над безопасностью начинающего ходить), то некоторые аналитики приписывают подобное *гиперкатексису* (*bberbesetzung*). Активность, проистекающая из различных источников, служит сверхдетерминированной психической организации, интегрирующей и даже сублимирующей отдельные элементы.

В современных исследованиях уточняются различия между гибкими представлениями Фрейда и более поздними попытками строгих метапсихологических рассуждений, часто основывающихся на работах Фрейда в издательском варианте Стрейчи. Правомерность экономического подхода все более подвергалась сомнению, особен-

но после того, как было описано множество видов катексиса или энергии. Те, кто до сих пор используют эти термины, часто имеют в виду, что осуществляют относительное описание или грубое сравнение тех или иных интересов или "вкладов". Таким образом, современное применение термина *катексис* стало напоминать простую метафору Фрейда.

См. *инстинктивные влечения, метапсихология, психическая энергия, теория либидо*. [284, 531, 847, 832]

КАТЕКСИС ВНИМАНИЯ (ATTENTION CATHEXIS)

См. *катексис, сознание*.

КВАЗИНЕЗАВИСИМОСТЬ (QUASI-INDEPENDENCE)

См. *теория Фэйрбейрна*.

КОЛЛЕКТИВНОЕ БЕССОЗНАТЕЛЬНОЕ (COLLECTIVE UNCONSCIOUS)

См. *термины аналитической психологии*

КОМПЕНСАТОРНЫЕ СТРУКТУРЫ (COMPENSATORY STRUCTURES)

См. *психология Самости*.

КОМПЛЕКС (COMPLEX)

См. *аналитическая психология*.

КОМПЛЕКС ЭЛЕКТРЫ (ELECTRA COMPLEX)

См. *эдипов комплекс*

КОМПОНЕНТНЫЕ ВЛЕЧЕНИЯ (COMPONENT INSTINCTS)

Инфантильные силы (называемые также *парциальными влечениями*), осуществляющие вклад в сексуальное влечение, организуемое в пубертатном возрасте при примате гениталий. Указав на наличие инфантильных элементов сексуальности, Фрейд (1905) смог установить простые корреляции между здоровьем, перверсиями и неврозами.

Первичные источники сексуальных возбуждений, эрогенные зоны и соответствующий орган определяют их независимые цели: инкорпорацию в случае оральной зоны, активное и пассивные цели и "влечение" к самоконтролю — в случае анальной зоны. Помимо преобладающего влияния эрогенных зон в детстве наблюдаются другие компонентные влечения — скопофилия, эксгибиционизм, жестокость, — но они входят в генитальную жизнь позже. Эти меньшие компонентные влечения появляются в основном в виде пар противоположностей, каждая из которых активна и предлагает новые сексуальные цели: например, скопофилическое влечение образует пару с эксгибиционизмом; существуют активная и пассивная формы влечения к жестокости. Хотя они кажутся в определенной степени независимыми от эрогенных зон, при скопофилии и эксгибиционизме эрогенной зоне соответствуют глаза, а при компонентах боли и жестокости — кожа (хотя Фрейд утверждал, что жестокость является дериватом анально-садистской стадии и влечения к овладению).

Эти компонентные (или парциальные) влечения составляют сексуальную конституцию детей (о которых поэтому говорят, что они *полиморфно перверсны*). Оральный и анальный элементы претерпевают первую, или догенитальную, сексуальную организацию, при которой сексуальная активность сугубо аутоэротична (направлена на себя). В пубертатный период индивид стремится соединить все компоненты, подчинив их генитальной зоне, когда побуждение возникает под влиянием репродуктивной функции, а влечение направлено на внешний объект. По мере развития все большее ограничивающее влияние оказывают чувства

стыда, отвращения, сострадания, а также мораль и социальные авторитеты. Вытеснение отдельных компонентов инфантильной диспозиции и субординация остальных при примате генитальных зон приводит к нормальному сексуальному функционированию. Постепенно отдельные компоненты отторгаются, ограничиваются, модифицируются или включаются в сексуальную игру. Неудачное вытеснение может привести к возникновению перверсий. При частичном, но недостаточном вытеснении могут возникнуть неврозы, при которых существенная часть сексуальной энергии, привлеченной к компонентам, образует симптомы. Сексуальная жизнь невротика остается в инфантильном состоянии либо возвращается к нему.

При описании компонентных влечений Фрейд сумел показать многообразие путей выражения либидо и агрессии на разных уровнях развития. Однако обозначение отдельных компонентных влечений, по-видимому, не соответствует дуалистической теории инстинктов, в рамках которой он пытался рассмотреть все мотивированное поведение человека. Тем не менее ранние наблюдения Фрейда сохранили свое эвристическое значение, а разработка проблемы онтогенеза инстинктов предвосхитила более поздние представления о влечениях.

См. генитальность, инстинктивные влечения, психосексуальное развитие, садомазохизм, скопофилия, эксгибиционизм, эротизм.
[256]

КОМПРОМИСНОЕ ОБРАЗОВАНИЕ (COMPROMISE FORMATION)

Идеационные, аффективные и поведенческие результирующие попыток разрешения конфликта между психическими силами или между психикой и внешним миром. Компромиссное образование возникает в результате того, что проявления-дериваты инстинктивных влечений (желания и фантазии) сталкиваются с ограничениями со стороны Я или запретами со стороны Сверх-Я; конфликт завершается тем, что они отделяются от сознания. Разрешение такого конфликта предполагает реорганизацию внутренних сил, при которой возникает возможность приемлемого выражения и про-

явления каждого из соперничающих интересов в соответствии с принципом множественного функционирования (Waelder, 1930). Компромиссные образования включают динамически активные составляющие, которые проистекают как из психических сил (Оно, Я, Сверх-Я), так и из внешней реальности. Например, фантазия отражает не только желание, но и вызывающую страх опасность, защитные действия и наказание; таким образом, сознание становится толерантным по отношению к фантазии. Компромиссные образования могут принимать различные формы: черт характера, идентичности, самооценки, сублимированного поведения, символов, фантазий, симптомов или симптоматических действий, сновидений, ошибочных действий, переноса или некоторых интрапсихических паттернов, которые могут иметь структурное значение в качестве компонентов Сверх-Я (см. Brenner, 1982). Компромиссные образования могут сохранять свое значение продолжительное время или же представлять собой лишь неустойчивые комбинации, наблюдаемые во время аналитического процесса. Поскольку компромиссные образования участвуют в формировании сопротивления анализу, необходимо выявлять компоненты защиты против возникающих специфических дериватов влечений.

Не всякое поведение является результатом компромиссных образований. В 1939 году Гартманн сформулировал положение о существовании свободной от конфликтов сферы Я с относительно независимыми функциями; соответствующая активность не рассматривается как компромиссное образование.

См. конфликт, множественный детерминизм, тревога.
[30, 131, 151, 303, 312, 408, 850]

КОМПУЛЬСИИ (COMPULSIONS)

См. обсессии.

КОНВЕРСИЯ (CONVERSION)

Процесс, в результате которого отвергнутое психическое содержание превраща-

ются в телесные феномены. Симптомы обретают разнообразные формы, включая моторные, сенсорные и висцеральные реакции: анестезии, боли, параличи, тремор, конвульсии, нарушения походки, координации, глухота, слепота, рвота, икота, нарушения акта глотания.

Первые в практике Фрейда случаи истерии представляли собой конверсионные симптомы; истерия стала моделью для всей психопатологии и для построения теории неврозов. Конверсию Фрейд рассматривал как истерический феномен, направленный на разрешение конфликтов эдиповой фазы: “неприемлемая идея обезвреживается посредством трансформации связанного с ней возбуждения в нечто соматическое” (1894, с. 49). Хотя конверсия до сих пор рассматривается исключительно в связи с истерией, Ренгелл (1959) и другие исследователи настаивали на расширении сферы ее действия, приводя клинические примеры конверсионных симптомов при самых разных психопатологических нарушениях на всех уровнях развития либидо и Я. Сущностью конверсии, пишет Ренгелл, является “сдвиг или смещение психической энергии с катексису психических процессов к катексису соматической иннервации, в результате чего последняя выражает в искаженном виде дериваты вытесненных запретных побуждений” (с. 636). Соматические феномены имеют символический смысл, являют собой “язык тела”, выражающий в искаженной форме как запретные инстинктивные импульсы, так и защитные силы. Посредством анализа связанные с телесными симптомами мысли и фантазии удается перевести обратно в слова.

Ранние случаи, на которых основывались представления об истерии и конверсии, ныне считаются намного более сложными, чем это казалось сначала. Эти случаи сверхдетерминированы, их динамические механизмы проистекают из множества точек фиксации и регрессии, включая догенитальные компоненты наряду с фаллическими и эдиповыми. Но, по наблюдениям Фрейда, для возникновения конверсии необходимы благоприятные условия, причем спектр этих условий весьма широк. Он допускал, что для разрешения конфликта с помощью конверсии, а не фобических и obsessивных симптомов, требуется определенная “способность к конверсии” или “соматическая готовность”; тем

не менее конверсионные феномены часто сочетаются с фобическими и obsessивными симптомами.

Хотя представления Фрейда относительно конверсии носят экономический характер — психическая энергия перемещается или трансформируется из психической сферы в соматическую, — в той же работе он заложил фундамент для другого, в настоящее время более приемлемого объяснения. Подобно тому, как навязчивые идеи могут возникать при отделении аффекта от отвергаемой идеи и замене ее более приемлемой, точно так же в качестве компромиссного образования аффект может быть отнесен к фантазии о телесном заболевании и привести к клинической картине конверсии (Freud, 1894, с. 52).

Соотношение между истерическими конверсионными симптомами и другими психосоматическими проявлениями остаются не вполне ясными. Так, например, при *неврозах органов* функциональные нарушения, по-видимому, не имеют собственного психического значения, поскольку не являются переводом специфических фантазий и побуждений на язык тела. Это же относится к *догенитальным конверсиям* (Fenichel, 1945), включающим заикание, тики и астму. Чтобы не относить к конверсии любой сдвиг из психики в соматическую, Ренгелл (1959) предложил ограничить случаи конверсионных расстройств рамками вышеописанных критериев; он предложил исключить случаи неизбежных, но неспецифических соматических последствий психического напряжения и неразряженного аффекта. Такое разделение, однако, нередко вызывает затруднения в клиническом отношении.

См. истерия, метапсихология, психическая энергия, психоневроз, эдипов комплекс.
[203, 241, 698]

КОНСТАНТНОСТЬ ОБЪЕКТА (OBJECT CONSTANCY)

Термин, введенный Гартманном (1952) для описания качества объектных отношений у развивающегося ребенка. Константность достигается тогда, когда отношение к объекту любви остается стойким и стабильным

“независимо от состояния потребностей” (Hartmann, 1953, с. 181). До этого объект характеризуется как “удовлетворяющий потребность”. Константность объекта предполагает наличие когнитивных элементов и элементов влечений. Для его достижения необходимо нейтрализовать либидинозные и агрессивные влечения (Hartmann, 1952, с. 163) и построить когнитивный образ постоянного объекта (Piaget, 1937), сохраняющийся и в отсутствие объекта.

В различных схемах развития используются разные термины. Термины “либидинозный объект”, “константность объекта” и “константность либидинозного объекта” являются взаимозаменяемыми. По мнению Шпица (1959), реакции на незнакомца, возникающие в возрасте от шести до восьми месяцев, являются индикатором того, что мать стала либидинозным объектом, поскольку ребенок предпочитает мать другим людям. Анна Фрейд (1965) считала, что константность объекта достигается, когда либидинозный катексис матери сохраняется независимо от удовлетворения потребности, то есть когда мать становится либидинозным объектом (в формулировке Шпица). До этого момента отношения с объектом в отсутствие потребности или при переживании фрустрации у ребенка не сохраняются. Ни Шпиц, ни Анна Фрейд не использовали термин *константность* в когнитивном значении; они использовали его в значении либидинозной привязанности к объекту любви.

И наоборот, Малер использовала оба аспекта — когнитивный и аспект влечений — для описания константности объекта, возникающей при разрешении амбивалентности анальной фазы в возрасте от двух до трех лет. По ее мнению, константность объекта предполагает прежде всего стабильную когнитивную репрезентацию объекта. В соответствии с этим происходит интеграция “хороших” и “плохих” аффектов (Jacobson, 1964; McDevitt, 1975), а репрезентация матери вызывает положительные эмоции и чувство безопасности и комфорта, какие вызывает реальное присутствие матери. Малер (1968) отмечает: “Говоря о константности объекта, мы имеем в виду, что образ матери становится интрапсихически доступным ребенку точно так же, как либидинозно доступна реальная мать — для поддержки, комфорта и любви” (с. 222). Для

разграничения этого дополнительного либидинозного аспекта репрезентации объекта и его чисто когнитивной репрезентации психоаналитики стали использовать термин *константность либидинозного объекта*. Бургнер и Эджкунб (1972) указывают, что с достижением константности либидинозного объекта отношения между матерью и ребенком становятся более стабильными и сохраняются независимо от переживаний фрустрации или удовлетворения.

См. амбивалентность, развитие Я, страх незнакомца, теория объектных отношений.

[144, 220, 240, 414, 415, 451, 583, 598, 685, 804]

КОНСТРУКЦИЯ (CONSTRUCTION)

См. реконструкция.

КОТЕЙНЕР/ СОДЕРЖИМОЕ (CONTAINER/CONTAINED)

См. теория Биона.

КОНТРАПЕРЕНОС (COUNTERTRANSFERENCE)

Ситуация, при которой чувства и установки аналитика по отношению к пациенту являются дериватами прежних ситуаций жизни аналитика, перемещенных на пациента. Таким образом, контрперенос отражает собственные бессознательные реакции аналитика на пациента, хотя некоторые аспекты этого феномена могут быть осознанными. Феномен аналогичен переносу, имеющему огромное терапевтическое значение при анализе. В узком смысле контрперенос определяется как специфическая реакция на перенос пациента. Некоторые относят к нему все эмоциональные реакции аналитика на пациента — сознательные и бессознательные, в частности, те, что препятствуют аналитическому пониманию и технике. В таком расширенном понимании этот феномен, пожалуй, лучше называть *контрреагированием*.

Под влиянием контрпереноса анализ для аналитика приобретает бессознательный конфликтный смысл, вместо того чтобы быть адаптированным к реальности и свободным от конфликтов. Проявления контрпереноса крайне многообразны. Чаще всего он возникает, когда аналитик идентифицируется с пациентом, реагирует на продуцируемый им материал или аспекты аналитической ситуации. В этих условиях стимулируются бессознательные стремления, стоящие за чертами характера аналитика, а их дериваты проявляются в его мыслях, чувствах и действиях.

Реакции, проистекающие из бессознательных конфликтов аналитика, отличаются от реакций на личность пациента и терапевтическую ситуацию. Первые могут препятствовать аналитической нейтральности и создавать “слепые пятна”, мешающие эмпатии и пониманию; в крайних случаях контрперенос может приводить к отыгрыванию. С другой стороны, внимательное изучение аналитиком чувств, возникающих при контрпереносе, дает ключ к пониманию поведения пациента, его чувств и мыслей, облегчая тем самым проникновение в его бессознательное. Такое тщательное самоисследование является одной из основных целей учебного анализа, помогающего аналитику осознать собственные конфликты и их производные.

И контрперенос, и эмпатия предполагают механизм идентификации, однако здесь имеются существенные различия. При эмпатии идентификация представляет собой преходящее, временное переживание с пациентом производных проявлений его бессознательных фантазий. Возникающий аффективный резонанс с пациентом может способствовать лучшему пониманию его конфликтов. При идентификации же, возникающей вследствие непроанализированного контрпереноса, для аналитика такой инсайт невозможен, поскольку он сам оказывается “захваченным” конфликтом, аналогичным таковому у пациента.

В последние годы отраженный в психоаналитической литературе интерес к проблеме контрпереноса возрастает, возможно, в результате повышенного внимания к вопросам аналитических взаимоотношений. Некоторые авторы считают, что контрперенос представляет собой биполярный фено-

мен, поскольку и аналитик, и пациент реагируют на переносы друг друга. Представляется, что анализ детей, а также психотических, пограничных и нарциссических пациентов порождает более сложные реакции контрпереноса; возрастание объема работы такого рода также повлияло на повышение интереса к контрпереносу.

См. идентичность, перенос, эмпатия.
[44, 131, 265, 275, 279, 651, 713]

КОНТРФОБИЯ (COUNTERPHOBIA)

См. фобия.

КОНФАБУЛЯЦИЯ (CONFABULATION)

См. амнезия.

КОНФИДЕНЦИАЛЬНОСТЬ (CONFIDENTIALITY)

Принцип, согласно которому лицо, предоставляющее профессиональные услуги, не должно нарушать прав индивида на тайну частной жизни, то есть не должно разглашать сведения, полученные в процессе сотрудничества. Главное назначение этого принципа — помощь пациенту. В медицине он выражен в клятве Гиппократа; он применим также в страховании, здравоохранении, предпринимательстве, в образовании, кредитовании, бизнесе и браке. Определенные виды отношений — между супругами, юристами и клиентами, священнослужителями и прихожанами, банковскими служащими и вкладчиками, врачами и больными, психотерапевтами и пациентами — охраняются принятыми законами и/или кодексами. Общение при таких отношениях считается привилегированным, но лишь частично, возможны исключения и ограничения.

Принцип конфиденциальности чрезвычайно важен в психоанализе, поскольку часть информации, активно отслеживаемой во время терапевтического процесса, являлась бессознательной; то есть обнаруженное часто оказывается неприемлемым для пациента. Обсуждение такой информации

с другими, какое-либо нарушение принципа конфиденциальности может усилить и без того имеющееся сопротивление. Обязанность хранить в тайне содержание бесед распространяется и на тех, кто узнает о нем при выполнении профессиональных функций, — на коллег (например, в ситуации консультирования или обучения), руководство или персонал больницы.

См. *частная жизнь, привилегия*.
[508, 592, 365, 783]

КОНФЛИКТ (CONFLICT)

Конфликт, вернее, *интрапсихический конфликт*, означает борьбу между несовместимыми силами или структурами внутри психики; *внешний конфликт* разворачивается между индивидом и отдельными аспектами внешнего мира. (Они часто сопутствуют друг другу.) В ранних работах Фрейд описывал конфликт как противоречие между бессознательными желаниями и сознательными требованиями морали, но позже обнаружил, что конфликт может быть полностью бессознательным, и для его рассмотрения была сформулирована трехкомпонентная структурная модель. Конфликт проявляется в виде таких наблюдаемых феноменов, как симптомы, действия и мысли; его можно также выявить на основе данных, полученных при психоанализе. Современная теория рассматривает формирование конфликта в такой последовательности: инстинктивные желания входят в противоречие с внешними запретами; Я, испытывая угрозу, продуцирует сигналы тревоги; мобилизуются защиты; конфликт разрешается с помощью компромиссных образований в виде симптомов, изменений характера или путем адаптации.

При нормальном раннем развитии доэдиповы конфликты возникают между ребенком и средой; предшественниками Сверх-Я и влечениями; противоположными желаниями внутри личности ребенка (агрессивность/пассивность; зависимость/независимость; конфликты амбивалентности и зарождающейся амбивалентности). Происходящие в среде события, препятствующие удовлетворению соответствующих развитию детских потребностей, например чрезмерная или недостаточная стимуляция, могут представлять *помехи развитию*. Их,

однако, следует отличать от *конфликта развития* — либо рассогласование возникающих в соответствующее время внешних требований и детских желаний (например, при обучении навыкам туалета), либо конфликта между желаниями (например, желанием доставить удовольствие матери и желанием немедленной дефекации). Подобные конфликтующие желания — прото-типы *внутренних конфликтов*, которые обостряются по мере развития; их, как правило, подразделяют на содержащие амбивалентность, бисексуальность и активность-пассивность. Угроза детскому Я при доэдиповом конфликте — это опасность утраты объекта любви или утраты любви.

Интернализированные конфликты возникают тогда, когда внешние влияния, изначально противостоявшие сексуальным и агрессивным влечениям ребенка, в результате интернализации и идентификации становятся внутренними силами детской психики, противостоящими его влечениям. Детский невроз как проявление детской сексуальности и эдипов комплекс обычно следуют за интернализированными конфликтами. Вследствие защитных усилий в детстве, а иногда и в более позднем возрасте, интернализированные конфликты часто переживаются как *экстернализированные*, то есть в восприятии индивида конфликт разворачивается как нечто внешнее по отношению к нему.

Важно отметить, что помехи развитию и внутренний конфликт не обязательно являются предшественниками интернализированного конфликта (A. Freud, 1962). Непрерывность или скачкообразность развития может дать развивающейся психике возможность овладеть зарождающимся конфликтом. По мере развития многие конфликты более или менее разрешаются; другие же сопровождают индивида в течение всей жизни, приводя к патологии различной степени тяжести. Проявления конфликта изменяются в соответствии с уровнями развития, природой психопатологических нарушений и культурными факторами, влияющими на формирование Сверх-Я. Некоторые проявления типичны для конкретных стадий развития ребенка (например реакции на конфликт, возникающий при обучении навыкам), проявляются в ритуалистическом поведении, а эдиповы конфликты часто выражаются в ночных кошмарах. Эдипов конфликт в целом считается ядерным конфликтом при

психоневрозах. Содержащаяся в нем угроза содержит опасность повреждений и увечий (комплекс кастрации).

Интрапсихические конфликты подразделяют на *интерсистемные* и *интрасистемные*. Такое подразделение основывается на положениях структурной теории. Интерсистемные конфликты отражают столкновение между желаниями или силами, исходящими из различных психических систем. Например, стремление к удовлетворению сексуального влечения, источником которого является Оно, может прийти в конфликт с запретами Сверх-Я. Интрасистемные конфликты представляют собой противостояние составляющих частей одной и той же психической структуры, например двух несовместимых идеалов (в Сверх-Я), влечений (в Оно), альтернативных решений или выборов, которые предстоит осуществить (в Я). Трехкомпонентная структурная модель психики позволяет нам также различить *оппозицию*, или *конвергентный конфликт*, например между желанием и запретом, и *дилемму*, или *дивергентный конфликт* — конфликт решений или амбивалентности (Rangell, 1963; А. О. Kris, 1984). Последний особенно отчетливо проявляется на восстановительной фазе сепарации-индивидуации. (Mahler, Pine & Bergman, 1975).

“Конфликты — часть человеческого существования” (Hartmann, 1939, с. 12). Интрапсихический конфликт неизбежен и универсален; он представляет собой один из важнейших динамических факторов, лежащих в основе человеческого поведения. Исход интрапсихических конфликтов определяет как основу невротических симптомов и задержек развития, так и широкий спектр черт характера, как нормальных, так и аномальных.

См. *амбивалентность, инфантильный невроз, Оно, Сверх-Я, сепарация-индивидуация, структурная теория, тревога, эдипов комплекс, Я.*

[69, 230, 408, 520, 589, 629, 699]

КОНФЛИКТ РАЗВИТИЯ (DEVELOPMENTAL CONFLICT)

См. *детский невроз, конфликт.*

ЛАТЕНТНЫЙ ПЕРИОД (LATENCY)

Фрейд (1905) впервые заметил, что после некоторой фазы расцвета (от двух до пяти лет) сексуальная активность ребенка заметно снижается и наступает латентный период (термин, заимствованный у Флисса), который длится вплоть до наступления пубертата. Таким образом, этот термин применяется для описания психических проявлений в интервале между шестым и двенадцатыми годами жизни. В этом возрасте поведение детей выравнивается, легко поддается влиянию и обучению. Некоторыми теоретиками высказывается предположение, что изменения в поведении в этот период связаны с биологическим снижением активности сексуальных влечений. Однако существуют аргументы, противоречащие такой точке зрения и подтверждающие наличие в латентном возрасте выраженных дериватов сексуальных влечений. Фрейд полагал, что энергия сексуального возбуждения в латентный период сохраняется и используется для достижения несексуальных целей, таких, как развитие защит от сексуальных импульсов, развитие социальных чувств и сублимационной активности.

Более современной, однако, представляется точка зрения, согласно которой структурное развитие в этот период является результатом интроективно-проективных механизмов, а организация защитных механизмов — следствием равновесия между защитами и влечениями. В таком относительно гармоничном психическом состоянии ребенок получает возможность направлять внимание на внешний мир, развивать психические, когнитивные и социальные навыки контактов с богатством воспринимаемых объектов. Подобная деятельность предоставляет разнообразные возможности для удовлетворения, снижающие давление сексуальной активности. Однако, несмотря на относительное успокоение эротических потребностей, мастурбационная активность и сопряженные с ней фантазии не исчезают, оставаясь важным фактором, поддерживающим стабильность ребенка в средней и поздней фазах латентного периода.

См. *психосексуальное развитие, развитие.*

[256, 755, 843]

**ЛЕСБИЯНСТВО
(LESBIANISM)**

См. *гомосексуализм*.

**ЛИБИДИНОЗНОЕ ЭГО
(LIBIDINAL EGO)**

См. *теория Фэйрбейрна*.

**ЛИЧНОСТЬ
(PERSONALITY)****Личностное расстройство
(Personality Disorder)**

Доступный наблюдению, привычный, Я-синтонный и в обычных обстоятельствах относительно предсказуемый поведенческий паттерн, характеризующий повседневную жизнь индивида. Термин имеет весьма широкое применение; соподчиненными понятиями выступают *темперамент* и *характер*. Темперамент соотносится с конституционально обусловленными аффективно-моторными и когнитивными тенденциями. К характеру относятся Я-синтонные, рационализированные атрибуты поведения, формирующиеся на основе жизненного опыта. Нередко термины *личность* и *характер* используются как взаимозаменяемые. Последний чаще встречается в психоанализе, возможно, потому, что легче применим с метапсихологической точки зрения.

Термином *личностные расстройства* принято обозначать ригидные и дезадаптивные личностные черты, либо существенно нарушающие социальную деятельность индивида, либо вызывающие выраженный субъективный дистресс. Пациент считает, что его дистресс вызван другими (например, супругом или коллегами) и не может признать собственный вклад в ситуацию.

Лица с расстройствами характера, наоборот, создают проблемы и трудности для других, не признавая, что это делают. Однако эти понятия во многом перекрываются, и их четкое разграничение часто оказывается невозможным.

Термин *личностные расстройства* чаще употребляется в психиатрии, чем в психоанализе. Наиболее известный пример — так называемая *психопатическая личность*. И хотя это понятие более не рассматривает-

ся как отдельная психиатрическая категория, такое обозначение часто применяется по отношению к возбудимым и импульсивным людям с антисоциальным поведением (ложь, обман, преступность), не чувствующим каких-либо моральных запретов или вины. Они склонны к бунту, к неподчинению, часто патологически агрессивны и безответственны. Эти атрибуты присущи многим синдромам.

См. *характер*, включая ссылки.

**ЛИЧНЫЙ МИФ
(PERSONAL MYTH)**

Высокозначимая система автобиографических воспоминаний, являющаяся аспектом саморепрезентации индивида. Она служит затемнению пропусков или искажений в истории его жизненных переживаний. Высокая степень убежденности и связанность деталей, с помощью которых она конструируется, обеспечивают защитный покров, предохраняющий определенные побуждения, воспоминания и фантазии от осознания. В ходе вытеснения личный миф одновременно смещает или сохраняет и придает особое выражение важным бессознательным фантазиям, что представляет индивидуальную версию темы “семейного романа”.

В клинической ситуации продолжающегося психоанализа личный миф выступает в качестве особого типа сопротивления исследованию личной истории пациента. Согласно описанию Криса (1926), этот феномен особенно выражен у лиц с обсессивной структурой характера, демонстрирующих анальную триаду характерных черт и в ком преждевременное развитие Я привело к ранней интернализации и расцвету фантазии. У таких лиц к факторам, которые в дальнейшем будут влиять на формирование и использование личного мифа в целях защиты, относятся травматические переживания фаллически-эдиповой фазы, за которыми следуют аналогичные конфликты латентного или подросткового возраста.

См. *анальность, защита, интернализация, обсессия, покрывающее воспоминание, репрезентация, семейный роман, фаллос*.

ЛЮБОВЬ (LOVE)

Комплексное аффективное состояние и переживание, связанное с первичным либидинозным катексисом объекта. Чувство характеризуется приподнятым настроением и эйфорией, иногда экстазом, временами болью. Фрейд обозначал любовь как "вторное нахождение объекта", ее можно рассматривать как аффективное воспроизведение состояния симбиотического единства. Вероятно, ребенок впервые переживает любовь в форме привязанности к матери и желания ее во время и после дифференциации репрезентаций себя и объектов.

Развитие любви в раннем детстве во многом зависит от взаимной любовной привязанности матери или того, кто первым заботится о ребенке. Изначально ребенок любит и нарциссический объект, и себя; ранняя любовь характеризуется выраженными оральными и нарциссическими целями и свойствами.

Любовь рассматривают в трех основных измерениях: нарциссическая любовь — объектная любовь, инфантильная любовь — зрелая любовь, любовь — ненависть. При этом важным фактором, влияющим на качество и стабильность любви, является степень сопряженной с ней ненависти, агрессивных целей, противостоящих целям привязанности, то есть амбивалентность. Развитие объектного постоянства, необходимого для дальнейшей зрелой любви, зависит от ряда факторов. Среди них: разрешение интенсивной амбивалентности, консолидация стабильных, связанных репрезентаций себя и объектов, сопротивление регрессии Я и утрате привязанности в ситуации фрустрации и сепарации от объекта. Для того чтобы почувствовать себя любимым, необходимы постоянство Самости и здоровый вторичный нарциссизм. Важные элементы любовных отношений — способность находить друг в друге средство восполнения прошлых утрат или исцеления травм, а также установление и закрепление чувства уникальной взаимной близости. Стремление к удовлетворению сексуального желания обычно взаимно, но понятие *любовь* следует отличать от понятия *примат генитальности*, под которым в настоящее время понимается способность

к достижению оргазма независимо от уровня или характера объектных отношений.

Фрейд обнаружил, что любовь основана на инфантильных прототипах. Любовь-перенос — это оживление реальных и вообразимых инфантильных любовных отношений; ее анализ помогает пациенту понять, как инфантильные цели и привязанности влияют на действия и отношения взрослого. Даже относительно внутренне согласованная и стабильная любовь является объектом регрессии и инфантильной фиксации. При выраженной регрессии или в случае задержки развития индивид может быть не способен к любви. Эта неспособность часто сопровождается примитивной агрессией, ненавистью к себе и объекту.

После того как устанавливается первичная психосексуальная объектная привязанность, любовь обретает много форм и направлений с запретными целями. С точки зрения структуры, любовь включает Оно, Я и Сверх-Я. Любовь, одобрение, удовольствие родителей интернализируются в зрелое и доброе Сверх-Я; грубое же и жестокое Сверх-Я разрушает способность любить и быть любимым. Любовь может смещаться с первоначальных объектов на коллективные объекты и дела, на религию, на художественную, интеллектуальную или физическую сублимацию, на домашних животных, на личные интересы. Границы понятия *любовь* определить трудно; взрослая любовь включает как зрелые, так и инфантильные бессознательные черты и всегда предполагает тенденцию к идентификации с любимым объектом и его идеализации.

МАЗОХИЗМ (MASOCHISM)

Склонность к поиску физических или психических страданий для достижения сексуального возбуждения и удовлетворения. При этом мазохизм рассматривается и как условие, и как источник удовольствия. При *мазохистской пerversии* сексуальное удовлетворение зависит от физической или психической боли (избиение, угрозы, унижение, оскорбление и т.п.), реально либо в воображении наносимой партнером. Мазохизм появляется в раннем детстве, обычно в сочетании с садизмом, как компонентное или парциальное влечение.

С точки зрения Фрейда (1924), в боли есть некоторое удовольствие (*эротогенный мазохизм*), а потому предполагается, что незначительная доля мазохизма присуща каждой психологической структуре. Во взрослой жизни отголоски мазохизма проявляются в смягченном виде как компонент предварительной эротической игры. Однако, за исключением случаев мазохистских перверсий, либо поиск страдания, либо удовольствие, либо то и другое бессознательны. Бессознательна также «фантазия об избииении», часто являющаяся субстратом клинической картины (Freud, 1919).

Фрейдом (1924) выделены три формы мазохизма: эротогенная, женская и моральная. Первая из них, по мнению Фрейда, обусловлена биологически и конституционально. *Женская форма* получила такое название потому, что, хотя она проявляется как у женщин, так и у мужчин, сопровождается фантазиями, помещающими человека в типично женскую ситуацию кастрированного, становящегося объектом вторжения и дающего жизнь ребенку субъекта. Фрейд отмечал и инфантильный компонент — такие мазохисты хотят, чтобы к ним относились как к беспомощным капризным детям, и в своих фантазиях оказываются обманутыми, связанными, избитыми, испачканными, униженными, понуждаемыми к покорности. Присоединение к этой форме чувства вины переводит ее в третью форму мазохизма. *Моральный мазохизм* включает основанную на чувстве вины бессознательную потребность в наказании, способствующую формированию невротической симптоматики либо бессознательно спонтанно спровоцированному страданию от несчастных случаев, финансовых потерь, плохих отношений, неудач или позора. При этой форме теряется видимая связь с сексуальным объектом, однако Фрейд утверждал, что место садистского объекта здесь занимает Сверх-Я, и быть наказанным — эквивалент быть избитым отцом, а значит, отражает желание пассивных женских сексуальных отношений с ним. Выраженный моральный мазохизм приводит к серьезному сопротивлению лечению, поскольку нежелание пациента отказываться от невротического страдания может привести к *негативной терапевтической реакции*.

Моральный мазохизм — первичное свойство *мазохистского характера* или *поведенческого мазохизма*, хотя к последнему обычно относят также депрессивные настроения и склонность жаловаться на свое положение жертвы судьбы и недоброжелателей. Патогенез этих форм основан на бессознательной регрессивной сексуализации чувства вины, и — у мужчин — на бессознательных пассивно-гомосексуальных желаниях, исходящих из эдипова конфликта, и нарушенных ранних объектных отношениях. Как у мужчин, так и у женщин мазохизм представляет собой компромиссное образование, обеспечивающее устранение детских страхов кастрации, отвержения и заброшенности.

В ранних работах Фрейд высказывал предположение, что мазохизм является феноменом, производным от предшествующего садизма. В работе «Экономическая проблема мазохизма» (1924) он высказался в пользу существования *первичного эротогенного мазохизма*, остатка смешанного существования влечений к жизни и смерти после частичной проекции на объекты внешнего мира (собственно садизм). В некоторых случаях спроецированный садизм интроецируется и, обращаясь внутрь, порождает *вторичный мазохизм*. В одном и том же индивиде связь садистских и мазохистских черт неизменна.

См. компромиссное образование, конфликт, негативная терапевтическая реакция, перверсия, садизм, садомазохизм, фантазия об избииении.

[127, 297, 307, 572, 670]

МАНИАКАЛЬНО-ДЕПРЕССИВНЫЙ СИНДРОМ (MANIC-DEPRESSIVE SYNDROME)

Обозначение патологического расстройства, характеризующегося чередованием фаз депрессии и мании или же рекуррентными эпизодами одной депрессии. Психогенные и нейрофизиологические компоненты представлены в различной степени — то либо другое, как правило, доминирует.

В современной психиатрической номенклатуре это явление рассматривается как

единое *биполярное расстройство*. Подчеркивается значение генетического, семейного и нейрофизиологического факторов; психологические же считаются нерелевантными или вторичными. Однако с психоаналитической точки зрения, это состояние часто актуализируется переживанием утраты или личного крушения у пациента, с детства катастрофически реагировавшего на сепарацию. Признавая в ряде случаев наличие травматического психического опыта, некоторые клиницисты, однако, считают его роль лишь ролью триггера нейроэндокринного метаболического нарушения. Тем не менее фоном маниакально-депрессивного синдрома часто выступает отчетливое психогенное условие — пограничное или нарциссическое нарушение характера. Чередующиеся мании и депрессии отражают основную защиту, вырабатываемую Я в ситуации конфликта с внешней реальностью. При этом депрессия является результатом использования интроекции, а мания — отрицания.

Фрейд считал, что существуют два типа маниакально-депрессивных расстройств: первично психологический и первично физиологический. Такая точка зрения до сей поры поддерживается многими аналитиками. Эта гипотеза подтверждается тем, что одни пациенты поддаются психотерапевтическому лечению, а другие — лишь медикаментозному.

Хотя все исследователи подчеркивают роль предрасположенности к формированию маниакально-депрессивных расстройств, до сих пор не достигнуто согласия в том, является она конституциональной или обретается в детстве. Есть некоторые данные в пользу того, что ранние травматические переживания могут нарушать эндокринный метаболизм или вызывать склонность к такому нарушению.

См. аффекты, восторг, депрессия, мания.
[8, 294, 447, 900]

МАНИЯ (MANIA)

Патологическое психическое состояние, обычно представляющее фазу маниакально-депрессивного заболевания. Мания характеризуется неадекватно высоким душев-

ным подъемом, гиперактивностью, а завышенная самооценка часто обогащается паранойальным представлением о своем величии. Жажда новых впечатлений и переживаний отражается в "речевом напоре" и "полете идей".

Подъем настроения и завышенная самооценка не соответствуют реальности, поскольку в действительности индивид переживает (обычно бессознательно) чувство утраты и крушения. Индивид находится в состоянии "великолепного" самочувствия, отрицая в своем воображении реальность травматических переживаний, как настоящих, так и имевших место в прошлом. Таким образом пациент противодействует стоящей за его состоянием депрессии — но с большими потерями для самосознания и критичности и лишь временно, поскольку эпизоды мании неизбежно уступают место депрессивным.

Пациент избавляется от потенциальной ярости в отношении травмы, угрожающей и Самости, и объекту, посредством слияния с объектом (в фантазии); то есть у пациента внутренне сочетаются образ самого себя и образ объекта его гнева и любви. В классической теории это рассматривается как первичная идентификация с объектом, возвращение в совершенное состояние единения с объектом, включающее смещение Я и Сверх-Я. Возникающая в результате дисфункция Сверх-Я приводит к недостаточности рациональной самооценки и сдержанности поведения.

Таким образом, в рамках психоаналитической теории мания рассматривается как результат защиты (отрицания), к которой обычно прибегает Я в ситуации конфликта с внешней реальностью. С другой стороны, есть научные данные в пользу катехоламиновой гипотезы, поскольку установлено, что концентрация нейротрансмиттеров в центральной нервной системе в состояниях мании и депрессии соответственно выше или ниже обычного. Эта гипотеза служит основой для продолжающихся исследований нейрофизиологических аспектов мании и депрессии, но для интеграции физиологических и психоаналитических открытий в этой области сделано мало.

См. аффект, эйфория.
[278, 453, 485, 554]

**МАСТУРБАЦИЯ
(MASTURBATION)**

Как правило, произвольная ритмическая стимуляция гениталий, приводящая к сексуальному удовольствию с последующим оргазмом или без такового. Индивид может мастурбировать себя или другого, в одиночестве или в присутствии других лиц; сексуально возбуждающая самостимуляция может фокусироваться не на гениталиях, а на других эрогенных зонах; они могут стать областью предшественников перверсий. Мастурбация проявляется в течение всей жизни. Она может сопровождаться самыми разными чувствами и фантазиями, как сознательными, так и бессознательными. По мнению Фрейда, мастурбация является "первичной зависимостью"; другие зависимости, в частности, зависимость от алкоголя, морфия, табака и подобных веществ, возникают как замещающие ее.

Инфантильная мастурбация, или генитальная игра, — один из многих типов аутоэротической детской активности. Это нормальная, прогрессивная с точки зрения развития активность, способствующая разрядке напряжения, благоприятствующая ранней дифференциации, научению, самоисследованию и самопознанию, указывающая на удовлетворительные отношения с осуществляющим заботу окружением. Мальчики обычно мастурбируют, манипулируя пенисом. Девочки могут мануально стимулировать клитор, но чаще они используют предметы либо протирают бедра друг о друга. В последнее время клиторальная сексуальность не рассматривается как мужская, а ее вытеснение не расценивается как необходимое условие для установления примата вагины или женской идентичности.

Для того чтобы истинные мастурбационные фантазии начали ассоциироваться с активностью, необходима относительная зрелость Я. Лишь после становления константности восприятия объектов у маленького ребенка может сформироваться полноценная фантазия об объекте, удовлетворяющем потребность. Эдиповы фантазии относятся к объектам и связаны с захватом или угрозой возмездия (страх кастрации). Латентный период связан с борьбой против мастурбации и сопровождающих ее фантазий, что отражает развитие Сверх-Я.

Такие защитные механизмы, как вытеснение, регрессия и реактивные образования, обеспечивают ранние характерологические изменения в этой фазе. Такая борьба с мастурбацией продолжается в отрочестве. С одной стороны, мастурбация помогает развитию, приводя догенитальные влечения к регуляции генитальной функцией. При этом мастурбационные фантазии благоприятствуют объектной отнесенности. С другой стороны, имеются регрессивные аспекты подобной активности, которым должны противодействовать новые достижения в развитии Я.

Определенная неизвращенная мастурбация необходима для нормального развития ребенка. На протяжении жизни мастурбация может выполнять различные функции и иметь разное значение, как здоровое, так и патологическое.

Компульсивная мастурбация (или ее эквиваленты) может возникнуть, когда тревога (страх кастрации) и чувство вины сопровождают деятельность индивида таким образом, что ему требуется постоянное подтверждение сохранности гениталий. Мастурбация становится патологической только в том случае, если индивид всегда предпочитает ее отношениям с доступным партнером. Мастурбация встречается также в таких формах патологии, как трансвестизм, вуайеризм и эксгибиционизм. Патологическая мастурбация иногда связана с острыми садомазохистскими перверсиями.

Психическая мастурбация предполагает фантазии, достаточно интенсивные для того, чтобы привести к полной разрядке сексуального возбуждения без физической стимуляции. Мастурбация и связанные с ней фантазии предоставляют еще один путь, которым психоаналитик может приблизиться к сложной, множественно детерминированной деятельности Я.

Догенитальный эквивалент мастурбации представляет собой половое возбуждение без мастурбации, когда имеет место бессознательная защита от сексуальных чувств и фантазий, и последние замаскированы разнообразными защитами. Сексуальную природу чувств можно распознать по их связи с несексуальной активностью типа авантюризма, рискованных игр, неосторожной езды. Борьба с мастурбацией и соответствующими фантазиями может проявляться в куса-

нии ногтей, почесывании, трихотилломании (выдергивании волос, бровей или ресниц), трихофагии (кусании, жевании или проглатывании волос). Фантазии, связанные с оральными, анальными или уретральными компонентами сексуальности, становятся полностью бессознательными и смещаются на определенную деятельность Я.

Те же элементы могут связываться с чертами характера, отражающими мастурбационные фантазии, в виде задиристости, преступной деятельности, повышенного интереса к провоцирующим тревогу событиям (таким, как несчастные случаи), компульсивных разговоров и других компульсивных или обсессивных симптомов. Фрейд рано начал наблюдение невротических симптомов, как видно по истерии; он считал, что они есть следствие борьбы против мастурбации и ассоциированных с ней фантазий. С ранними родительскими запретами мастурбации могут быть связаны такие обсессивные проявления, как самозапреты, самонаказания, стремление к наказанию (мазохизм). Страх (кастрации) и чувство вины, связанные с мастурбационным поведением и/или мастурбационными фантазиями, вызывают защитную регрессию к догенитальной фазе. В таких случаях эти желания проявляются в типичных компромиссных образованиях, продуцирующих многочисленные симптомы с разнообразными функциями.

См. аутоэротизм.
[30, 233, 256, 593]

МЕТАПСИХОЛОГИЯ (METAPSYCHOLOGY)

Термин, используемый Фрейдом для обозначения подхода к явлениям, лежащим за пределами сознательных переживаний, буквально — “за психологией” — в том смысле, в котором психология понималась и применялась в его время. Метапсихология представляет высший уровень абстракции в континууме “клиническое наблюдение — психоаналитическая теория” (Waelder, 1962) и служит концептуальным средством установления системы координат для клинических данных и психоаналитических положений более низкого уровня.

Метапсихология условно представлена пятью широкими системами или *подходами*:

динамическим, экономическим, структурным, генетическим и адаптивным. Первые три принадлежат Фрейду. Последние два implicitly содержатся в его работах, а также представлены в работах поздних теоретиков психоанализа; Рапапорт и Джилл первыми эксплицитно обозначили их как подходы. Заложенные в них теоретические принципы иногда представлены в виде моделей, теоретических систем, призванных помочь изучению и пониманию.

Динамический подход постулирует наличие в психике направленных психических “сил”, каждая из которых имеет источник, величину и объект. Этот подход дает возможность теоретических рассуждений о побуждении и конфликте (например, между инстинктивными влечениями и ограничениями).

Экономический подход предполагает распределение в психическом аппарате психической энергии, для рассмотрения чего предлагаются теоретические рассуждения о возбуждении и формах и природе разрядки. Существенными для данного подхода являются представления о количестве и сущности энергий, порогах, законах аккумуляции и разрядки. Этот подход приводит нас также к мысли о том, что внутри психики действуют и отличные от интенциональности законы.

Структурный подход постулирует, что повторяющиеся и стойкие психические феномены обретают в психике более или менее организованную репрезентацию и что можно охарактеризовать природу этих репрезентаций. Они включают черты характера, защиты, навыки, моральные нормы, установки, интересы, воспоминания, идеалы. Первоначальная модель Фрейда, называемая *топографической*, состояла из трех систем: сознательного, предсознательного и бессознательного. Феноменологию сознательного и бессознательного он рассматривал как релевантную идеации и эмоциям, находившимся в центре клинических интересов и теоретических построений того времени. Вследствие теоретической ограниченности и противоречивости этой модели Фрейд в 1923 году предложил *трехкомпонентную* модель. Фрейд постулировал, что изначально энергетическое Оно борется с исполнительным органом, Я, которое помимо уравновешения влечений Оно и внеш-

ней реальности вынуждено обманывать напряжения, исходящие из Сверх-Я, хранилища и выражения совести и идеалов.

За трехкомпонентной моделью последовали, но не отменили ее, другие модели. В одной из них, которую можно обозначить как *суперординатное Я*, внимание фокусируется на Я как на главном исполнительном и адаптивном органе. Стронниками этой модели были Анна Фрейд, Хайнц Гартманн, Эрнст Крис, Рудольф Лёвенштейн, Давид Рапапорт и Эрик Эриксон, работы которых послужили развитию общей психологии. В *модели Мелани Кляйн* постулируется наличие очень ранних патологических структур, которые персонализируются и приписываются себе или другим спутанными и деструктивными способами. В *теории объектных отношений* утверждается многообразии примитивных ядер Самости, которые, в силу своей патологической природы, не интегрируются в единую связную и упорядоченную систему. В *психологии Самости* Кохута функционирование и связность постоянной "биполярной Самости" подвергаются угрозе из-за недостаточной структурированности, проистекающей из детских переживаний, которые вызваны взаимодействием с патологически разочаровывающими и незмпатическими фигурами родителей.

Генетический подход обеспечивает концептуализацию временных параметров интрапсихических феноменов. Главное внимание уделяется прогрессивному развитию от младенчества до взрослого возраста; при этом считается, что понимание психики взрослого невозможно без знания фактов и обстоятельств его детства. Не менее важно и то, что генетический подход обеспечивает возможность концептуализации регрессивных феноменов, а также оценку настоящего и будущих перспектив индивида.

Адаптивный подход предполагает изучение межличностных и социальных феноменов, влияющих на психику индивида или испытывающих влияние с ее стороны.

Кроме пяти вышеупомянутых подходов существует множество допущений, распространенных столь широко, что их не выделяют в отдельные подходы, а рассматривают внутри названных. Назначение метапсихологии прежде всего состоит в построении такой теории психики, в которой человек рассмат-

ривается как биопсихическая целостность, как существо, овладевающее внутренней и внешней средой на основе данных ему и развивающихся способностей и при этом борющееся со своим животным началом. Система должна давать картину психологически детерминированных психических феноменов, противопоставляя их тем, что возникают случайно или на основе биологических или физических законов; она должна строиться, последовательно ориентируясь на принципы каузальной логики, а не телеологии. Она должна допускать множественное причинное объяснение, действуя путем конвергенции или дивергенции относительно данного элемента. Закономерности и параметры должны быть, по сути, безличны; личные рассуждения уместны на уровне, близком к наблюдениям или клиническому теоретизированию.

Фрейд рассматривал свои теории как своего рода концептуальные "строительные леса", подлежащие перестройке в соответствии с новыми наблюдениями и дедуктивными заключениями. Несмотря на противоречивость, отчасти вследствие отдаленности от клинических наблюдений, метапсихология рассматривается большинством аналитиков как необходимая, полезная и гибкая теоретическая система.

См. инстинктивные влечения, психическая энергия, структурная теория, топографический подход.

[221, 303, 710, 853]

МИФОЛОГИЯ (MYTHOLOGY)

С первых лет становления психоанализа внимание исследователей было обращено к мифологии, в чем виделся один из путей понимания человеческой психики. В 1926 году Фрейд недвусмысленно утверждал, что знание мифологии необходимо для успешной работы каждого аналитика. Уже в "Толковании сновидений" (1900) он использовал миф о Кроне и Зевсе, иллюстрируя универсальность эдипова комплекса. Собственно, само название этого наиболее известного комплекса и стадии детского развития было позаимствовано из греческой легенды или мифа о царе Эдипе, убившем своего отца и женившемся на матери, что

иллюстрирует бессознательную фантазию мальчиков и мужчин.

Пионеры психоанализа, такие, как Ранк (1909), работавшие в рамках топографического подхода и новых теорий инфантильной сексуальности, пытались использовать мифы для обоснования положений, которые были выдвинуты психоаналитиками о бессознательном и детской сексуальности.

С переходом от топографической теории к структурной и другими последующими изменениями психоаналитической теории и техники мифология стала пониматься шире. Арлоу (1961) подчеркнул, что миф — это разделяемая рядом людей фантазия, служащая множественным целям удовлетворения инстинктов, защиты и адаптации группы и ее членов. Индивиду отказано в удовлетворении инфантильных сексуальных желаний — это необходимо для цивилизованной жизни, — но взамен предлагаются общественно приемлемые версии этих желаний в форме мифа. Общественный миф способствует формированию Сверх-Я, в частности, предлагая индивиду для идентификации приемлемые идеалы Я. Интрапсихический же индивидуальный конфликт, в результате которого вытесняются события детства, часто находит свою кульминацию в возникновении личного мифа. Распространенные версии личного мифа — покрывающие воспоминания и семейный роман.

См. покрывающее воспоминание, семейный роман, фантазия.
[32, 249, 313, 706]

МЛАДЕНЧЕСКАЯ АМНЕЗИЯ (INFANTILE AMNESIA)

См. амнезия.

МЛАДЕНЧЕСКАЯ ЗАВИСИМОСТЬ (INFANTILE DEPENDENCE)

См. теория Фэйрбейрна.

МОРАЛЬНАЯ ЗАЩИТА (MORAL DEFENCE)

См. теория Фэйрбейрна.

МОРАЛЬНЫЙ МАЗОХИЗМ (MORAL MASOCHISM)

См. мазохизм.

МУЖЕСТВЕННОСТЬ/ ЖЕНСТВЕННОСТЬ (MASCULINITY/ FEMININITY)

Обобщающие обозначения сочетаний характерных признаков представителей каждого пола, включая анатомию, внешность, половую идентичность, половые роли, сексуальные предпочтения и культурно обусловленное социальное поведение. Несмотря на исторические и межкультурные различия, эти характеристики долго считались врожденными, биологическими по природе. Осознание того, что эти различия требуют психологического объяснения, является огромным интеллектуальным достижением Фрейда, за которое надо воздать ему должное.

Поначалу Фрейд отождествлял полярность мужественности/женственности с полярностью активности/пассивности, полагая, что активность женщины является мужским качеством, а пассивность мужчины — женским. Позже, однако, он вынужден был признать, что и в мужчинах, и в женщинах представлено смешение активности и пассивности, равно как других мужских и женских черт. Вследствие этого он и другие исследователи как в рамках психоанализа, так и вне него изменили первоначальную формулировку. Содержание этих понятий менялось по мере того, как возникали все новые вопросы по поводу традиционного отождествления биологического пола с сексуальной ролью и психологическими характеристиками. В настоящее время сложный процесс становления характеристик, обозначаемых как мужские и женские, рассматривается не только в связи с эдиповым развитием, но и с доэдиповым развитием, идентификацией, интернализацией и научением.

Наряду с анатомическими и гормональными межполовыми различиями, выделены три основные группы психологических различий: 1) половая идентичность: чувство принадлежности к тому или другому полу,

формирующееся к трем годам, когда завершается процесс сепарации-индивидуации и ребенок обретает автономию; 2) сексуальное поведение, явное или воображаемое, выражающееся в выборе объекта и соответствующей активности; 3) детерминированные культурой и институционализированные несексуальные атрибуты и поведение — внешний физический облик, одежда, манеры, речь, эмоциональная отзывчивость, агрессивность и др. Идентификация и с отцом, и с матерью означает, что представители обоих полов обретают бисексуальную предрасположенность, но к трехлетнему возрасту одна сексуальная ориентация превалирует. Хотя и половая идентичность, и полоролевое поведение могут отражать полярность мужественности/женственности, полоролевая идентичность соотносится с психологическим образом себя, который можно определить как самооценку своей мужественности или женственности в соответствии с социальными стандартами мужского и женского поведения. Такая самооценка постоянно отслеживается, сознательно и бессознательно. Полоролевое поведение, напротив, соотносится с теми чертами, которые наблюдатель считает мужскими или женскими.

См. *половая идентичность*.
[318, 681, 795, 819, 873]

МУЖСКОЙ ПРОТЕСТ (MASCULINE PROTEST)

Используя понятия “мужской” и “женский” как метафоры силы и слабости, Адлер (1924) постулировал существование мужского протеста — специфического набора черт, выполняющего у представителей обоего пола функции сверхкомпенсации чувства неполноценности и предрасположенности к неврозам. Позже он использовал термин в более узком смысле, соотнося его с протестом женщины против женской роли.

Адлер считал представления Фрейда о зависти к пенису слишком буквальными и биологическими, полагая, что женщина чувствует неполноценность не в связи с физической недостаточностью, а в связи с узаконенным культурой доминированием мужчин. Эта ранняя критика представлений Фрейда о женской психологии проистекала из внимания Адлера к власти как к до-

минирующей силе человеческой психики. Не соглашаясь с введением понятия *мужской протест*, Фрейд (1914) отождествил его со страхом кастрации, который он определил как страх мальчика за свой пенис и зависть девочки к пенису.

Расходящиеся с фрейдовскими взглядами Адлера обозначали его явное несогласие с биологически ориентированной психологией влечений. В конце концов он дал подробную критику представлений Фрейда, и их пути разошлись.

См. *зависть к пенису, кастрация, тревога*.
[17, 28, 280, 322]

МНОЖЕСТВЕННЫЙ ДЕТЕРМИНИЗМ (MULTIDETERMINISM)

Положение, согласно которому психическое явление или аспект поведения могут быть вызваны более чем одним фактором и могут служить более чем одной цели в психической системе и с точки зрения экономики.

Для указания на множественность взаимопересекающихся причин, лежащих в основе симптомов, сновидений, поведенческих проявлений и любого элемента психической жизни, Фрейд использовал термин *сверхдетерминация*. Этот термин был заимствован из геометрии: пересечение двух линий детерминирует точку; пересечение в точке трех линий сверхдетерминирует ее. В психоанализе, однако, термин предполагает несколько линий, но не всегда больше необходимого; поэтому термин *множественный детерминизм* предпочтительнее *сверхдетерминации*.

Согласно *принципу множественного детерминизма* все психические акты и структуры множественно детерминированы. Так, анализ может раскрыть, что какая-то мысль или сновидение определяется как тем, что воспринималось сознательно, так и множеством бессознательных факторов, включая дериваты влечений, защитные операции Я, сложные чувства, связанные с переносом, и др. Это возможно, поскольку каждый психический акт имеет множество значений. Так, симптом может включать удовлетворение желания, потребности в наказании, различные вторичные выгоды. Каждое значение сохраняет собственную ценность и движет-

сы к сознанию по своему пути, но конвергенция множества этих значений составляется суть конечного общего движения.

Разрабатывая фрейдовскую концепцию сверхдетерминации, Вельдер (1936) обнаружил, что каждое психическое действие отражает взаимодействие всех психических сил (Оно, Я, Сверх-Я), навязчивых повторений, требований внешней среды. Исходя из этого, Вельдер вывел *принцип множественной функции*, согласно которому "...ни одна попытка решения проблемы не может быть предпринята без того, чтобы в то же время тем или иным способом она не представляла попытку решения другой проблемы" (с. 49). Но некоторые силы находятся в разногласии с другими и не все могут быть в равной степени удовлетворены; таким образом, каждый акт представляет компромисс, разрешающий одни проблемы успешнее, чем другие.

Множественный детерминизм и принцип множественных функций соответствуют факту множества значений, и сами психические структуры развиваются соответственно этим принципам. Они исключительно важны для понимания клинических проявлений и, следовательно, проблем, связанных с формированием неврозов и характера. Синтетическая функция Я собирает воедино различные конфликтующие силы наилучшим для индивида в его состоянии образом.

Естественным следствием упомянутых принципов является *принцип множественной апелляции*. Выведенный Гартманном в 1951 году, он связан с наблюдением, что интерпретация, осуществленная вдоль какой-либо отдельной линии, имеет последствия и вне этой линии. Апеллируя к различным аспектам динамической системы, она может произвести неожиданный эффект.

См. *компромиссное образование, психоневроз, функция Я.*
[413, 785, 809, 850]

НАВЯЗЧИВОЕ ПОВТОРЕНИЕ (REPETITION COMPULSION)

В клиническом смысле — навязчивое стремление определенных людей повторно

переживать неприятные и болезненные ситуации, возникающие в их жизни, без осознания собственной причастности к появлению таких инцидентов или связи текущих ситуаций с прошлым опытом. Пациенты склонны приписывать неприятные эпизоды, которые могут возникнуть неожиданно и внешне безо всякой связи с личностью или общим поведением индивида, невезению или судьбе. Про лиц с такими повторяющимися и, как правило, сходными жизненными трагедиями принято говорить, что они страдают *неврозом судьбы* или навязчивым повторением.

В отличие от других психологических феноменов, включая мазохизм, навязчивое повторение является относительно независимым от принципа удовольствия. Этот факт настолько поразил Фрейда, что свою первую опубликованную работу о навязчивом повторении он назвал "По ту сторону принципа удовольствия" (1920) и использовал эту категорию для дифференциации более примитивных (в биологическом и эволюционном значении) психических операций от тех, которые регулируются принципом удовольствия/неудовольствия.

Фрейд также использовал идею о навязчивом повторении в своей теории о влечениях к жизни и смерти. Он считал навязчивое повторение проявлением главной функции психического аппарата, то есть связывания напряжения и устранения возбуждения. Он рассматривал его как выражение принципа нирваны и тем самым как дериват конечной цели агрессивного влечения (к смерти), возвращающего к неорганическому состоянию.

Впервые упомянув о навязчивом стремлении к повторению в работе, посвященной вопросам техники анализа (1914), Фрейд обратил внимание на повторение пациентом в отношениях с врачом поведения и установок, характерных для прежних переживаний. Фрейд полагал, что повторение в действительности является способом припоминания, замещающим собой вербальное воспроизведение забытых событий. Он считал также, что и сам по себе перенос также является повторением.

Однако навязчивое повторение относится не только к терапевтической ситуации; оно происходит также в обычной деятель-

ности и в случае вышеописанных невротических состояний. Среди различных его проявлений встречаются повторения в детской игре, помогающие ребенку справиться с переживаниями утраты, — дети часто также предаются активному повторению различных пассивно пережитых травматических событий. То же самое относится к повторяющимся ночным кошмарам, возникающим после травмирующих событий. Иные проявления навязчивого повторения включают в себя активизацию детских конфликтов в процессе психоаналитического лечения и определенные расстройства характера, сопровождающиеся постоянной потребностью терпеть поражения.

Другие психоаналитики дополнили представления о навязчивом повторении, соотнося его с такими функциями Я, как совладание и регуляция (реститутивное и рекреативное повторение), или с одним из вариантов мазохизма, или отождествляя его с проявлением биологических влечений, отвечающих за созревание психической структуры и психического функционирования (влечений, принуждающих к разрядке, несмотря на действие принципа удовольствия/неудовольствия).

Повторяемость является характеристикой многих феноменов и процессов жизни, биологических и психологических, но не все из них детерминируются навязчивым повторением. Оно проявляется в моторном и психическом развитии ребенка как часть процесса научения, в попытках избежать нового, в реакциях на те же самые стимулы, если результат приносит удовольствие, и в случае незавершенных намеренных действий. В психологической сфере Лёвальд (1971) проводит разграничение между относительно пассивными, или автоматическими, повторениями и повторением активным. Инфантильные бессознательные прототипические переживания пассивно воспроизводятся при неврозах, тогда как оживление инфантильного невроза в ходе анализа является активным воссозданием на более высоком уровне организации, обеспечивающим возможность разрешение конфликта.

См. инстинктивное влечение, мазохизм, отыгрывание, принцип удовольствия/неудовольствия, травматический невроз.

[32, 282, 300, 568]

НА ПУТИ К КОНСТАНТНОСТИ ОБЪЕКТА (ON THE WAY TO OBJECT CONSTANCY)

См. сепарация-индивидуация.

НАРЦИССИЗМ (NARCISSISM)

Любовь к самому себе — термин, введенный Некке в 1899 году на основе осуществленного Хэвлком Эллисом сопоставления греческого мифа о Нарциссе со случаем мужской аутоэротической перверсии. В психоанализе, однако, термин приобрел более широкое значение, и подобная перверсия рассматривается лишь как конкретная, наглядная иллюстрация чего-то более общего в человеческой психике и поведении.

При первом рассмотрении Фрейдом нарциссизма в его письме к Флиссу (1899) он склонен был использовать это понятие в связи с энергетическими представлениями, объясняя судьбу либидинозной энергии при психических нарушениях (эта идея была им разработана позже).

В то же время он использовал его для объяснения различных феноменов, таких, как “безграничная любовь ребенка к себе” и гомосексуальный выбор объекта. Позже он использовал этот термин в генетическом смысле, рассматривая нарциссизм как стадию развития между аутоэротизмом и объектной любовью.

В программной работе 1914 года “О нарциссизме” Фрейд описал *первичный нарциссизм* — “...изначальный либидинозный катексис собственной персоны, часть которого впоследствии отдается объекту, но который в основном сохраняется” (с. 75) и *вторичный нарциссизм* — катексис “осаdkов” утерянных объектов, встроенных (посредством интроекции) внутрь Я. Трансформируясь в нарциссизм, это объектное либидо десексуализируется (сублимируется) и предположительно дает энергию для развития и функционирования Я. Кроме того, Фрейд определял нарциссизм как “либидинозный катексис Я”, но, как отмечает Гартманн (1950), Фрейд здесь использует понятие Я в значении *Самости*. Фрейд также называл

нарциссической такую установку к внешнему миру, для которой характерно отсутствие объектных отношений. Наконец, он обозначил нарциссические корни Я-идеала и показал, что самооценка зависит от нарциссического либидо.

Таким образом, в психоаналитической литературе термин *нарциссический* используется для обозначения широкого круга явлений: сексуальной перверсии, стадии развития, типа либидо или его объекта, способность выбора объекта, взаимоотношений со средой, установки, самооценки и типа личности, которая может быть относительно здоровой, невротической, психотической или пограничной. Кроме того, представление об отдельной линии развития нарциссического либидо стало фундаментальной теоретической основой для школы психологии Самости, в которой различные личностные черты рассматриваются как *нарциссические структуры*, возникающие в результате трансформации нарциссизма. Столь широкое применение этого термина приводит к путанице, поэтому все очевиднее становится необходимость более строгого его употребления (Pulver, 1970).

В современной литературе термин *нарциссизм* принято соотносить прежде всего с самооценкой. Кернберг (1967), к примеру, пишет, что нарциссические пациенты "во взаимодействии с другими необычайно ориентированы на себя, испытывают чрезвычайную потребность в любви и восхищении со стороны других, их характеризует очевидное и весьма любопытное противоречие между завышенными представлениями о себе и чрезмерной потребностью восхваления" (с. 655). Кроме того, такие индивиды характеризуются чувством собственных исключительных прав, фантазиями о всезнании и всемогуществе, собственном совершенстве или совершенстве идеализируемого объекта, выраженность которых зависит от остроты психопатологии. Сопутствующие аффекты колеблются от душевного подъема (если завышенная самооценка подкрепляется) до разочарования, депрессии или гнева, называемого *нарциссическим гневом* (если уязвлено самолюбие).

После построения структурной теории взгляды Фрейда на нарциссизм не пересматривались, хотя он несколько раз упоминал о важной роли представлений о нарциссизме в разработке второй теории влечений

и второй топографической модели (Оно, Я и Сверх-Я). Его идеи о первичном и вторичном нарциссизме хотя и выражены в терминах экономического подхода, указывают на признание роли объектов и проактивно-интроективных механизмов в процессах идентификации, приводящих к формированию Я (как результату взаимобмен между матерью и ребенком). В современном понимании нарциссизма сохраняется идея о либидинозном катексисе Самости, но к этому добавляется структурное видение его раннего экономического значения и признание не только либидинозных, но и агрессивных элементов в нарциссических феноменах.

Следует различать *нормальный* и *патологический нарциссизм*. Первый зависит от структурной целостности, обретения константного восприятия себя и объектов, равновесия между дериватами агрессивных и либидинозных влечений, гармонии между структурами Самости и Сверх-Я, способности к Я-синтонному выражению побуждений, принятию вознаграждения со стороны внешних объектов, а также от физического благополучия. Патологический нарциссизм включает защитное самоуничижение с сопутствующей недостаточной интеграцией представления о себе и диссоциацией агрессивно обусловленных репрезентаций Самости. Нормальный нарциссизм ведет к устойчивому реалистическому отношению к себе. Патологический нарциссизм, напротив, сопровождается архаическими требованиями к себе, исключительной зависимостью от оценки со стороны других и бедными или вырожденными объектными отношениями. Он проявляется в чувстве собственной исключительности, безжалостном самосовершенствовании и нарушенной способности заботиться о других, сочувствовать им, любить их.

См. гомосексуальность, катексис, метапсихология, психическая энергия, психоз, психология Самости, Самость, сублимация, теория либидо, Я-идеал.

НАРЦИССИЧЕСКИЙ ГНЕВ (NARCISSIC RAGE)

См. психология Самости.
[80, 412, 490, 491. 622, 695]

**НАРЦИССИЧЕСКИЙ НЕВРОЗ
(NARCISSIC NEUROSIS)**

См. *психоневроз*.

**НАРЦИССИЧЕСКИЙ ПЕРЕНОС
(NARCISSIC TRANSFERENCE)**

См. *психология Самости*.

**НАСТРОЕНИЕ
(MOOD)**

Временное, но относительно стойкое комплексное психическое состояние, содержащее несколько компонентов: преобладающую эмоциональную окраску (аффективный компонент), сужение психического содержания и изменение отдельных аспектов мышления в рамках вторичного процесса (когнитивный компонент), склонность к определенным действиям (поведенческий компонент). Настроение меняется в ответ на внутренние или внешние, сознательные или бессознательные психофизиологические события; оно отличается от того, что в целом привычно для данного индивида.

Наиболее ярким признаком настроения является аффективный компонент, переживаемый субъективно и, как правило, доступный объективному наблюдению. Аффективные признаки настроения могут быть мимолетными, но обычно они сохраняются несколько часов или дней. На шкале чувств простые аффекты расположились бы на одном полюсе, настроения — в середине, а более сложные и продолжительные аффективные явления, такие, как любовь, верность, патриотизм, — на другом полюсе. Настроения представляют собой динамические психические констелляции, которые содержат, регулируют, связывают и выражают сложную смесь аффектов. В рамках структурного подхода настроение можно рассматривать как попытку Я интегрировать и контролировать аффективные реакции на требования Оно, Сверх-Я и реальности. В экономическом смысле структура настроения регулирует проявление повторяющихся небольших количеств аффектов, тем самым предотвращая возможность эксплозивной, потенциально неконтролируемой раз-

рядки. Настроения, подобно симптомам, выполняют роль компромисса, одновременно защищая от сильных аффектов, возникающих в результате конфликта, и допуская их смягченное проявление.

Когнитивный компонент настроения качественно окрашивает вторично-процессуальное мышление и психическое содержание. В структурном отношении настроение ставит под угрозу деятельность Я, особенно его способность точно оценивать внутреннюю и внешнюю реальность. Настроение меняет природу репрезентаций Самости и объектов. Например, в подавленном настроении человек может считать себя ничтожеством и думать, что другие люди совершенно им не интересуются. Он же в состоянии душевного подъема может считать себя способным одолеть любые препятствия и распространять свой оптимизм на весь мир. Подобная избирательность восприятия ухудшает проверку реальности. В то же время избирательная концентрация на идеях, воспоминаниях, установках, верованиях, оценках и ожиданиях в гармонии с чувственным тоном и исключением диссонирующего психического содержания усиливают и сохраняют настроение. Это придает настроениям глобальный и всеобъемлющий характер.

Поведенческий компонент настроения раскрывается в индивидуальных поведенческих действиях, бездействии или паттернах моторной активности. Дезорганизованная гиперактивность маньяка, болтливость гипоманиакального человека, психомоторная заторможенность человека, находящегося в депрессии, продуктивность в “рабочем настроении” — все это примеры поведенческого компонента. Настроение может окрашивать весь поведенческий репертуар индивида, включая черты характера, которые обычно считаются ригидными и фиксированными. Поведение влияет на других, чьи реакции подкрепляют обоснованность настроения.

Размышления психоаналитиков о происхождении ранних, базальных настроений и настроениях, характерных для индивида, были обращены как к врожденным факторам, так и переменным опыта. Очевидно, что различные дети предрасположены к различным настроениям, а фазы нормального детского развития связаны с характер-

ными настроениями (например, приподнятое настроение в период от десяти до одиннадцати месяцев, связанное с тем, что Гринэйкр (1957) назвала “отношениями любви с миром”). Существует связь между депрессией и реальной или воображаемой утратой объекта в раннем возрасте (возникающей в контексте детско-материнских отношений); это отношение особенно проявляется в подфазах сепарации-индивидуации второго и третьего года жизни. Вытесненные ранние переживания фрустрации/депривации или удовлетворения, равно как и некоторые другие события и травмы, служат архаическими очагами (точками фиксации), вокруг которых организуются бурные аффективные реакции. Когда с этими точками фиксации ассоциируются текущие переживания, индуцируется комплексная психологическая реакция, называемая настроением. Как отмечает Якобсон (1971), эмоциональное переживание, выступающее триггером настроения, может быть полностью внутренним (осуществляясь посредством психических либо нейроэлектрхимических процессов) либо внешним (связанным с текущим жизненным опытом). Оно может быть осознанным или бессознательным, ориентированным либо на реальность, либо на ассоциации с сознательными или бессознательными воспоминаниями.

См. *аффект*.
[371, 455, 582, 662, 865]

НАРУШЕНИЯ НАСТРОЕНИЯ (MOOD DISTURBANCE)

Расстройства настроения (Mood Disorder)

Психопатологические состояния, вызываемые выраженными изменениями компонентов настроения. Чрезмерная интенсивность, длительность, изменчивость или характер аффективного тона настроения (его аффективного компонента) снижает способность индивида действовать (поведенческий компонент) и мыслить (когнитивный компонент) гибко и адекватно внутренним указаниям Я и требованиям внешней реальности.

Чаще оба термина употребляются как синонимы более распространенного — *аффективное расстройство*, — относящегося

к группе клинических состояний, в которую наряду с другими входят такие, как патологическая грусть, инволюционная меланхолия, эндогенная депрессия, реактивная депрессия, невротическая депрессия, психотическая депрессия, гипомания, мания, маниакально-депрессивное заболевание и биполярное расстройство настроения.

См. *аффективные расстройства*.

НЕВРАСТЕНИЯ (NEURASTHENIA)

См. *актуальный невроз*.

НЕВРАЧЕБНЫЙ АНАЛИЗ (LAY ANALYSIS)

Психоаналитическая практика, осуществляемая аналитиком без медицинского образования, чаще всего — клиническим психологом или другим специалистом в области психического здоровья.

НЕВРОЗ (NEUROSIS)

Этот термин в настоящее время употребляется в основном как синоним *психоневроза*. Впервые в 1777 году его использовал Уильям Каллен для обозначения функционального физиологического расстройства, не имеющего структурной основы в страдающем органе. В 1896 году Зигмунд Фрейд описал так называемый *актуальный невроз* (от нем. *aktual* — нынешний), при котором симптомы нервного расстройства, включая тревогу и астению, связаны со стрессовыми нарушениями зрелой сексуальной жизни. Актуальный невроз Фрейд отличал от *психоневроза*, при котором психический конфликт, по большей части бессознательный и базирующийся на ранних детских переживаниях, предшествует формированию невротической симптоматики. При этом Фрейд признавал возможность смешения обеих форм невроза и частую невозможность их клинического различения.

По мнению Фрейда, тревога при актуальном неврозе, так же, как и при травма-

тическом, связана с чрезмерной стимуляцией. Без нормальной сексуальной разрядки она “наполняет” тело напряжением, которое находит выражение посредством “запасной” автономной разрядки. Согласно этой первой теории тревоги, последняя представляет собой трансформированное либидо. В рамках второй теории тревоги Фрейд рассматривает тревогу как сигнал Я об опасности. С этого времени термин *актуальный невроз* был упразднен.

См. *актуальный невроз, психоневроз, травматический невроз, тревога.*
[153, 246, 312, 527, 768]

НЕВРОЗ ОРГАНОВ (ORGAN NEUROSIS)

Состояние, в котором бессознательные психические конфликты выражаются в виде физиологических нарушений организма — отдельного органа или системы органов. Сюда же относятся “психосоматические” заболевания, такие, как пептическая язва или бронхиальная астма, а также состояния неспецифического психического напряжения и застоя аффектов. Физиологические изменения при неврозе органов не имеют первичного психического значения, которое можно было бы интерпретировать. Таким образом, невроз органов отличается от конверсионных реакций, которые обычно не включают в себя физиологические изменения. Конверсия является “переводом” специфических бессознательных фантазий на язык тела; она непосредственно доступна психоанализу, подобно сновидению.

Однако разграничение между неврозом органов и симптомами конверсии не является столь строгим, как в этом узком определении, поскольку в отдельных случаях конверсия может выражаться в повреждении тканей; и наоборот, даже чисто физиологические нарушения вторично приобретают психическое значение. В целом термин “невроз органов” эквивалентен более современному понятию психофизиологического расстройства, широко распространенному в психиатрической литературе.

См. *психосоматические состояния, соматизация.*
[185, 203]

НЕВРОЗ СУДЬБЫ (FATE NEUROSIS)

См. *навязчивое повторение.*

НЕВРОЗ УСПЕХА (SUCCESS NEUROSIS)

Термин, введенный Шандором Лораном для описания пациентов, которых Фрейд называл “те, кто сокрушен успехом”. До достижения успеха пациенты не демонстрируют никаких симптомов. Типичным примером является пациент-мужчина из средне-обеспеченной семьи, добившийся значительно большего, чем отец, иногда даже крупного финансового успеха. Однако это достижение для пациента разрушает конфликт, основанным на том, что успех имеет значение эдиповой победы, и индивид переполнен чувством вины и самобичеванием. Фрейд (1914—1916) приводил примеры из литературы — Макбет Шекспира, Ребекка из “Росмерсхольма” Ибсена, — чтобы показать, как чувство вины разрушает то, что иначе было бы эдиповыми победами.

У некоторых пациентов успех усиливает гомосексуальную тревогу, поскольку открывает путь отцовской любви. Поэтому конфликт и тревога могут возникнуть на основе как положительной, так и отрицательной эдиповой коннотации успеха. Аналогичные феномены наблюдаются в неврозе судьбы и при негативной терапевтической реакции.

Позже некоторые авторы использовали этот термин в менее специфическом смысле — для обозначения различных сложностей в отношении к достижениям, включая проблемы характера и доэдиповы конфликты. Среди рассматриваемых феноменов — сниженная успеваемость и проблемы, возникающие у женщины в ее стремлении к успеху. Подобные проблемы могут рассматриваться как часть мазохистского континуума либо быть отнесены к нарциссической патологии. Сепарация-индивидуация и, в частности, патология восстановления индивидуальной фазы могут сыграть роль фактора, накладывающего запрет на удовлетворение от успеха, достигнутого отдельно от матери. В

целом, однако, эти феномены не соответствуют специфическим обстоятельствам, описанным Фрейдом, Лораном, Шекели и Бресслером, в которых специфические невротические симптомы возникают вслед за достижением долгожданного успеха. В целях ясности и непротиворечивости термин следует сохранить за неврозами, при которых симптоматика возникает в описанных названными авторами условиях.

См. негативная терапевтическая реакция.

[135, 223, 283, 321, 574, 836]

НЕВРОТИЧЕСКИЙ ХАРАКТЕР (NEUROTIC CHARACTER)

См. тревога.

НЕГАТИВНАЯ ТЕРАПЕВТИЧЕСКАЯ РЕАКЦИЯ (NEGATIVE THERAPEUTIC REACTION)

Клиническая реакция, случающаяся иногда в процессе анализа. После периода эффективного и конструктивного психоанализа состояние больного парадоксальным образом ухудшается. Фрейд (1923) описывал эту ситуацию следующим образом: “Каждое частичное разрешение проблемы, которое должно было бы иметь, — а у других и имеет результатом, — улучшение или временное устранение симптомов, вызывает у них немедленное обострение их недуга” (с. 49). В некоторых случаях достаточно правильной интерпретации, чтобы усилить симптомы.

Такая негативная реакция может иметь несколько причин. Чаще всего она возникает у депрессивных, склонных к мазохизму пациентов, испытывающих выраженную бессознательную потребность в наказании. Их чувство вины может происходить из ранних фантазий о совершенном “преступлении” (например, пациент чувствует себя ответственным за кастрацию матери в результате своего рождения). Потребность в наказании

удовлетворяется главным образом благодаря страданию, доставляемому самим неврозом; когда эффективная аналитическая работа угрожает облегчить недуг с сопровождающим его страданием, пациент сопротивляется и сводит на нет лечение. Другой детерминантой могут быть особые мазохистские стремления, включающие в себя Я-идеал, возникший в результате идентификации с родителем, по-видимому, идеализировавшим жизнь в страдании.

Эти черты — выраженная тенденция к депрессивному аффекту, садомазохистская направленность, негативизм и сопротивление, исходящее от Сверх-Я, — глубоко укоренены в структуре характера пациентов, развивающих негативную терапевтическую реакцию.

Негативную терапевтическую реакцию нельзя путать с негативным переносом; более того, клинические данные свидетельствуют, что она возникает при наличии латентного позитивного переноса. Однако негативная терапевтическая реакция может вызывать контрперенос. Подобная тупиковая ситуация основывается обычно на взаимных чувствах беспомощности, вины и злости. Аналитик должен проявлять осторожность в работе с больными, опасющимися агрессивного вмешательства. Эффективная аналитическая работа и явные ожидания терапевта, что симптом будет устранен, угрожают нарушить хрупкий баланс, установленный индивидом, и он отвечает на эту угрозу мазохистским образом — усилением страдания и обострением симптомов.

Паттерны дезадаптивного поведения, внешне напоминающие негативную терапевтическую реакцию и имеющие сходство с психопатологическими симптомами, проявляются и вне аналитической ситуации. Примерами здесь могут служить описанные Фрейдом категории преступников, совершающих преступления из чувства вины, людей, сокрушенных успехом, “неудачников” и т.д. Для таких индивидов любые позитивные, жизнеутверждающие переживания таят в себе угрозу и могут вызвать негативную реакцию.

См. депрессия, контрперенос, перенос, садомазохизм, Сверх-Я, чувство вины.

[48, 303, 308, 644, 645, 664, 747]

НЕРАЗДЕЛЕННОЕ ЭГО (UNDIVIDED EGO)

См. теория Фэйрбейрна.

НЕРАЗДЕЛЕННЫЙ ОБЪЕКТ (UNDIVIDED OBJECT)

См. теория Фэйрбейрна.

НЕДИФФЕРЕНЦИРОВАННЫЕ ЭНЕРГИИ (UNDIFFERENTIATED ENERGIES)

См. психическая энергия.

НЕЙТРАЛЬНАЯ ЭНЕРГИЯ (NEUTRAL ENERGY)

См. психическая энергия.

НЕЙТРАЛЬНОСТЬ (NEUTRALITY)

Позиция аналитика, обычно рекомендуемая для осуществления успешного психоаналитического процесса. Основой психоаналитической нейтральности является контроль над контрпереносом, избегание приписывания пациенту собственных ценностей и ориентация на возможности пациента, а не на собственные желания. В структурном отношении нейтральность описывается как позиция, равноудаленная от требований Оно, Я и Сверх-Я. Понятие относится также к рекомендуемой эмоциональной позиции аналитика — позиции человека, выполняющего профессиональные обязанности или позиции доброжелательного понимания, что позволит избежать крайностей отчуждения или чрезмерной включенности.

Предполагается, что нейтральность аналитика облегчает развитие, распознавание и интерпретацию невроза переноса и сводит к минимуму искажения, которые могут возникнуть, если аналитик пытается учить, советовать или навязывать пациенту ценности, основанные на контрпереносе.

Многие авторы в качестве одного из аспектов нейтральности рассматривают *абстиненцию*, однако это является отдельным техническим принципом, служащим той же цели.

Избегание навязывания пациенту ценностей — общепризнанный аспект психоаналитической нейтральности. Однако все чаще признается, что аналитик всегда ориентируется на свои ценности, особенно на те, которые связаны с поиском истины, обретением знания, пониманием, ориентацией на реальность, зрелость, изменение. Эти установки сложным образом влияют на терапевтический процесс. Появилась обширная литература, посвященная этой проблеме (Bornstein, 1983).

Большие расхождения наблюдаются во взглядах на эмоциональную позицию аналитика, в частности, таких проявлений, как холодность, отстраненность, отзывчивость, сочувствие, поддержка и т.п. Одним из факторов, определивших эти разногласия, является противоречивость и двусмысленность высказываний Фрейда относительно установок аналитика. В одних случаях он высказывается за то, чтобы отставить в сторону человеческое сочувствие и принять позицию эмоциональной холодности (1912), в других — рекомендует сочувственное, понимающее отношение (1913) или позицию союзника (1940). Впервые термин *нейтральность* был применен Фрейдом в статье “Заметки о любви-переносе” (1915), одной из шести работ по проблемам психоаналитической техники, опубликованных между 1911 и 1925 годами. Чтобы понять смысл, который Фрейд вкладывал в понятие *нейтральность*, эти работы, а вместе с ними некоторые другие (1940), следует рассматривать как единое целое. Многие его комментарии касаются специфических технических проблем и, рассматриваемые по отдельности, неадекватно отражают его точку зрения. Современные авторы, однако, не полностью соглашаются с Фрейдом по данной проблеме.

Хотя многие авторы считают интерпретацию и инсайт единственными терапевтическими силами в процессе психоаналитического лечения, другие полагают важной стороной терапевтического процесса объектные или самообъектные отношения с аналитиком. Позиция по этому важному вопросу

влияет на то, как понимается нейтральность и ее связь с принципом абстиненции.

См. абстиненция.
[120, 270, 327, 674]

ПЕРВНАЯ АНОРЕКСИЯ (ANOREXIA NEUROSA)

Расстройство приема пищи, наблюдаемое в основном у девушек и женщин, устойчиво стремящихся похудеть и полностью контролировать свое тело. Чувство голода подавляется и отрицается, человек произвольно ограничивает себя в еде, тогда как гиперактивность часто усиливает метаболические потребности. Пациенты с таким нарушением страдают не отсутствием аппетита, что предполагает буквальный смысл термина *анорексия*, а страхом располнеть, их ужасает переполненность ненасытными вербальными побуждениями. Во многих случаях анорексической *булимии* обжорство с последующей рвотой и/или приемом слабительных чередуется с периодами соблюдения диеты.

Обычно анорексия появляется в пубертате и в измененной форме может сохраняться всю жизнь. Часто другие члены семьи чересчур озабочены проблемами внешности и соблюдению диеты. В типичном случае мать — доминирующая и контролирующая фигура, отношения отца и дочери минимальны. По всей видимости, распространенность данного расстройства определяется различными медицинскими и социальными факторами, включая широко распространенный культурно обусловленный страх полноты.

Описываемое явление, которое может развиваться в гипоталамическую аменорею, кахексию и даже привести к смерти, является комплексом психосоматических симптомов, возникающих при различной патологии: истерической, обсессивно-компульсивной, пограничной и психотической. Он часто сопровождается другими психосоматическими симптомами, атипичной депрессией, отыгрыванием и зависимостью. Физические эндокринно-метаболические изменения являются результатом произвольного голодания и обычно легко обратимы.

Симптомы маскируют собой эдипов и доэдипов конфликты, сходные у всех пациентов с анорексией. Вместе с тем *рестрикторы* (понуждающие себя к голоданию) обладают ригидным контролирующим Я по сравнению с лицами, страдающими *булимией*; хотя они пытаются голодать, их психодически переполняют не только оральные, но и иные побуждения.

Больные анорексией обнаруживают широкий спектр психопатологических проявлений и расстройств Я. К расстройствам Я относятся нарушения восприятия, включая искажение образа тела, — отрицание истощения и устойчивый страх уродства и полноты. Представляется, что структурные дефекты Я связаны с ранними неудачами сепарации-индивидуации.

Больные анорексией испытывают сильную потребность в независимости и успехе, но стремятся удовлетворить ее дезадаптивным образом, пытаясь установить ригидный контроль над телом. Они обнаруживают выраженную амбивалентность, особенно по отношению к матери. Защита против женских генитальных желаний осуществляется через регрессию к первичным объектным отношениям и догенитальной разрядке влечения, что приводит к страху поглощения и примитивной идентификации со всемогущей матерью. Отказ от еды служит им средством достижения независимости и собственной успешности, а подавление аффекта — для того, чтобы чувствовать свою сепаратность. У некоторых пациентов эдиповы желания и отвергнутые фантазии беременности приводят к возникновению орально-агрессивной позиции, при которой каннибальские фантазии и инкорпоративные желания порождают страх разрушить материнский объект.

Я таких пациентов расщеплено на области псевдонормального функционирования различной способности к переносу. При анорексии показаны психоаналитическая терапия или даже психоанализ с использованием тех же средств, что разработаны для лечения острых характерологических нарушений. При лечении подростков желательна также терапия родителей.

См. психосоматические состояния, расстройство побуждений, характер.
[793, 794, 797, 879, 880]

НОРМАЛЬНОСТЬ (NORMALITY)

Понятие, используемое, несмотря на свою неоднозначность, при попытках различения так называемого здорового и патологического поведения. Многочисленность и разнообразие определений нормальности в различных дисциплинах приводит к концептуальной путанице, что существенно усложняет применение этого понятия в психоаналитической теории и практике. Статистические нормы отличаются от того, что имеется в виду при рассмотрении нормальности как идеала или того, что должно было бы быть. При определении нормальности должны быть разрешены или обойдены вопросы развития, культуры, морали (ценностные суждения). Попытки определить нормальность с точки зрения здоровья оказываются связанными с кругом проблем, возникающих при определении понятия здоровья. Гартманн (1939) попытался разрешить эту дилемму, предложив рассматривать здоровье не просто как отсутствие болезни и симптомов, но как витальное совершенство. Приняв эту идею, психоаналитики были склонны рассматривать все поведенческие проявления в континууме от патологии до идеала нормальности, или здоровья. Такие попытки были подвергнуты критике из-за того, что различия между патологией и нормальностью, или здоровьем, оказались сведены к минимуму.

Нормальность (или положительное психическое здоровье) определяется на основе изучения психических структур и функций индивида, а также эффективности использования им своих способностей. Такие динамически ориентированные исследования имеют преимущество перед сугубо статическими, феноменологическими описаниями, поскольку решение вопроса о том, является ли тот или иной феномен симптомом, зависит от его места в структуре и функционировании индивида. С этим, по-видимому, связан и тот факт, что большинство попыток описания нормальности испытывает значительное влияние со стороны психоанализа.

Считается, что психически здоровые личности относительно более рациональны и уравновешены в своих установках и поведении. Адаптивное функционирование Я

должно доминировать над хаотическими влечениями Оно, но это доминирование не должно быть выражено в крайней степени. Я должно распознавать иррациональную природу других форм психической активности и осуществлять контроль над ними, но при этом обладать способностью использовать их в целях развития. Таким образом, цель психоанализа релевантна тому, что называется здоровьем в идеальном смысле представлений о нормальности. Герман Нунберг (1954) считал, что психоанализ должен способствовать увеличению подвижности энергии Оно, толерантности Сверх-Я, освобождению Я от тревоги и улучшению синтетических функций Я. Определяя нормальность, Анна Фрейд (1965) подчеркивала, что Я должно достичь большей гармонии между Оно, Сверх-Я и силами внешнего мира. Эрнест Джонс (1931) полагал, что психологическая норма предполагает не только эффективность психической деятельности, но также счастье и положительные социальные чувства. Все эти характеристики здоровья, или нормальности, выражены тезисом Фрейда: "Где было Оно, должно стать Я".

Гартманн (1964) предположил, что часть психической энергии не является изначально энергией влечений, а с самого начала принадлежит Я, обслуживая его функции посредника между силами психики и среды. Однако позже (1982) это представление о первичной автономии Я и свободной от конфликтов сфере было оспорено Бреннером. Он приводит клинические данные в пользу того, что конфликт вездесущ и что признаком психического здоровья являются успешные, адаптивные компромиссные образования, пусть даже и содержащие некоторый конфликт.

Достижение полной гармонии человеческой мотивации сомнительно; с учетом этой оговорки здоровье можно определить в соответствии с тем, насколько часто поведение базируется на оптимальном равновесии. Это равновесие поддерживается удачным сочетанием инстинктивных влечений Оно и позитивной ориентацией на идеал Я. Психологическое равновесие всегда нестабильно, но чем большую прочность обретают функции Я, тем успешнее последнее справляется с требованиями Оно и ригидностью Сверх-Я.

С точки зрения развития необходимо признать, что многие индивиды, не обладающие достаточным равновесием, не могут все же рассматриваться как отклоняющиеся от нормы или психически больные. У детей и подростков проявляются свойства, которые у взрослого были бы сочтены патологическими. Нарушение равновесия у взрослого может вызывать регрессия, тогда как за детскую лабильность отвечает незавершенность развития. Таким образом, психически здоровый ребенок может быть описан как существо, чей прогресс не тормозится и завершится так, как к этому располагает биологическое созревание.

Конфликты возникают в ходе развития, поскольку трудно гармонизировать инстинктивные потребности и стремление инкорпорировать ценности, предлагаемые культурной средой. Побуждения могут быть слишком сильными, а среда слишком жесткой в своих требованиях. Возникающая при этом тревога может существенно препятствовать перцепции и ценностным суждениям Я. В этой ситуации гибкая адаптация к конфликтам должна быть сочтена здоровой или нормальной, если реакция предохраняет фундаментальные инстинктивные потребности, позволяет индивиду выдержать необходимые фрустрации и тревогу и дает возможность беспрепятственно продвигаться в направлении зрелой адаптации. Механическая адаптация не считается признаком психического здоровья. Свободная аллопластическая адаптация допускает временный отрыв от реальности, если это необходимо для обретения лучшего владения собой. Адаптация предполагает также возможность выбора или создания новой среды. Таким образом, психоаналитическое определение нормальности должно включать также способность преобразования собственного поведения и среды.

Фрейд (1937) отмечал, что исход психоаналитического лечения может быть ограничен конституционально детерминированной интенсивностью влечений, остротой инфантильной травмы и уровнем связанных с защитой изменений Я. Принимая во внимание возможность этих ограничений, целью психоаналитической терапии является усиление Я и обретение им большей независимости от Сверх-Я, расширение сферы его действия и организации, чтобы иметь воз-

можность совладать с новыми частями Оно. Эти качества также характеризуют психическую жизнь нормально развивающейся личности.

См. адаптация, анализ, конфликт, метапсихология, психический аппарат, структурная теория, функция Я, характер, Я.
[131, 233, 409, 419, 463, 517, 641]

НОЧНОЙ СТРАХ (PAVOR NOCTURNUS)

См. сновиденье, сновидения.

ОБРАЩЕНИЕ ПРОТИВ СЕБЯ (TURNING AGAINST THE SELF)

См. защита.

ОБСЕССИЯ (НАВЯЗЧИВОСТЬ) (OBSESSION)

Обсессивно-компульсивный невроз (Obsessive-Compulsive Neurosis) Обсессивный характер (Obsessional Character)

Эти термины относятся к явлению, при котором мысли, чувства, поведение индивида направляются навязчивой идеей, образом, желанием, искушением, запретом или требованием. Под *обсессиями* понимаются Я-дистонные мысли, возникающие помимо воли индивида. Варианты обсессии — “умственная жвачка” и “высживание”. К “умственной жвачке” относятся навязчивые размышления, рефлексирование, проговаривание, обдумывание. Так, обсессивные пациенты могут быть склонны к неясным повторяющимся размышлениям на философские темы (“что такое жизнь?”, “кто я на самом деле?”). “Высживать” в собственном смысле означает сидеть на яйцах, укрывая их, как это делает птица; соответственно, “высживание” означает постоянное, молчаливое и одновременно тревожное размышление о какой-то проблеме. Все перечисленные психические феномены включают

попытку разрешить эмоциональный конфликт с помощью размышлений, но решения или заключения индивид избегает, и процесс повторяется вновь и вновь.

Компульсии и ритуалы представляют собой постоянное и неустанное желание выполнять бессмысленные действия; они выступают в качестве моторного эквивалента obsessивных мыслей и — при *obsessивно-компульсивном неврозе* — часто сопровождают их. Последний характеризуется также магическим мышлением, нерешительностью и сомнениями, склонностью отступать, бессвязностью, детализацией, склонностью “откладывать на потом”, отказываться от своих слов и повторением. Человек, страдающий таким неврозом, как правило, знает, что его действия и мысли нецелесообразны, но ничего не может с этим поделать.

Симптомы невроза в типичном случае возникают на фоне *obsessивного характера*. К этой диагностической теории могут быть отнесены многие типы личности: на одном полюсе континуума находятся организованные, продуктивные, совестливые и трудолюбивые индивиды, мыслящие логично и способные осуществлять свои идеи; на другом, патологическом, — страдающие острым расстройством лица с ярко выраженными признаками obsessивного характера (крайняя педантичность, скупость, упрямство), имеющие явные трудности мышления, не способные к конструктивным действиям в связи с амбивалентностью, нерешительностью и склонностью откладывать “на потом”.

Основные конфликты при obsessивно-компульсивном неврозе и типе характера предполагают исходящие из Сверх-Я тревогу и чувство вины в связи с фаллически-эдиповыми импульсами, аффектами и идеями, обретающими форму фантазии. Возникает защита от неприемлемых фантазий, в результате образуются фантазии и конфликты негативного эдипова комплекса. Индивид регрессирует к анально-садистскому уровню, что лишь усиливает чувство вины в конфликте между Оно и Сверх-Я, особенно в отношении анально-садистских побуждений. Этот конфликт в дальнейшем усиливается магическим мышлением; многие obsessивные индивиды сознательно или бессознательно верят, что желание означает совершение, а подумать о чем-то значит

сделать это. Поэтому obsessивные неврозы удачно именуется также *неврозами вины*. Сверх-Я жестко обращается против соответствующих побуждений, аффектов и представлений. Эти конфликты вместе с вырабатываемыми Я защитными механизмами (особенно изоляцией, смещением, интеллектуализацией, реактивными образованиями и аннулированием) приводят к компромиссным образованиям, проявляющимся в неврозах и описанных чертах характера.

См. защита, компромиссные образования, конфликт, ритуал, эдипов комплекс.
[203, 262, 632, 684]

ОБЪЕКТ (ОБЪЕКТ)

Изначально определялся Фрейдом как предмет, с помощью которого влечение может достичь своей цели. Однако Фрейд не всегда однозначно использовал этот термин, имея в виду 1) реальное осязаемое физическое лицо или предмет; 2) психический образ другого лица или предмета, то есть понятие относилось к области переживаний; 3) теоретический конструкт, отличный от обозначения как реального лица, так и переживания, и предполагающий некую длительно существующую организационную структуру. Здесь нужно ввести некоторые разграничения. Объект необходимо отличать от субъекта, самого человека, для которого он может быть психологически значимым; он может быть одушевленным или неодушевленным, но он всегда находится вне субъекта; его двойник в психике субъекта — *внутренний объект*, иногда называемый *репрезентантом объекта*. Однако в психике представлены все внешние феномены; внутренняя объектная репрезентация — это слияние различных атрибутов внешнего объекта: физических, интеллектуальных, эмоциональных, реальных или воображаемых. Поэтому некоторые авторы предпочитают использовать термин *объектная репрезентация* для обозначения репрезентаций индивидуальных черт объекта.

Термины *объектное отношение* и *объектная связь* нередко используются как взаимозаменяемые и подразумевают установку или поведение индивида по отношению к своему объекту. Термины могут относиться

к психическим образам или реальным лицам. Чтобы сохранить различие внешнего и интрапсихического, представляется целесообразным использовать понятие *объектная связь* для обозначения взаимодействия между субъектом и реальным лицом (то, что называется *межличностными отношениями*), а термин *объектное отношение* — для обозначения психического феномена, соотносящегося с объектной репрезентацией в психике.

Но об объектных отношениях можно судить на основе сообщений о внутреннем опыте или на основе поведения, наблюдаемого в объектных связях. На то и другое влияет бессознательная фантазия — продукт индивидуальной истории развития.

Понятие объекта возникло в связи с фрейдовской теорией влечений. Целью влечений он считал разрядку энергии или обретение удовольствия при помощи объекта. Первым объектом является *парциальный объект* — материнская грудь, на которую направляется либидо оральной фазы, поскольку она посредством кормления удовлетворяет влечение к самосохранению. Дальнейшее развитие предполагает катексис всего объекта. Аутоэротизм, или использование частей собственного тела в качестве объектов инстинктивного удовлетворения, характерен для догенитальной фазы развития. *Катексис объекта* означает вкладывание в психическую репрезентацию другого лица либидинозного или агрессивного влечения или энергии. Понятие *либидинозный объект* относится к любому парциальному или целостному объекту, катектируемому либидинозной энергией, но иногда имеет в виду и энергия агрессии. *Объектное либидо* — это либидинозная энергия, направляемая (катектируемая) на объект; термином же *объектная любовь* обозначается комплекс чувств и установок в отношении целостных интегрированных объектов, являющихся источником наслаждения.

Выбор объекта представляет собой процесс, посредством которого индивид наделяет другого психологической значимостью. Он возникает на фаллически-эдиповой фазе, как только инстинктивные влечения направляются на отдельный объект; предполагается некоторое удовлетворение требований влечений. Выбор сознателен, хотя и обусловлен бессознательными детерминантами. Так,

например, объект любви в зрелом возрасте нередко обладает общими свойствами с объектом любви, приносившим удовлетворение в детстве. *Анаклитический выбор объекта* базируется на пассивных зависимых потребностях и желаниях быть символически накармливаемым и защищенным, как это осуществлялось матерью. *Нарциссический выбор объекта* ориентирован на самого субъекта — каким он был, является или хотел бы быть, — либо на кого-то, кто переживается как субъектом как часть самого себя. При выборе того и другого типа объект в каком-то отношении оценивается неадекватно завывшено, как родители в прошлом, и оба катектируются больше либидинозно, чем агрессивно, то есть являются *идеализированными объектами*. Это означает, что следы памяти от таких объектов могут служить моделью для будущих объектных инвестиций. Но внутренний объект может также служить моделью для идентификации, психического процесса, посредством которого репрезентации Самости модифицируются по мере присвоения свойств объекта. Есть данные в пользу того, что идентификация часто связана с определенным видом *утраты объекта*, например смертью реального внешнего объекта или отделением от него, утратой любви в субъективном внутреннем мире (без реальной или грозящей утраты), потерей частей тела или возможности психического функционирования. Согласно Фрейду, утрата объекта или его любви — опасная для Я ситуация, ведущая к тревоге. Печаль — нормальная реакция на утрату объекта, но когда с утраченным объектом связан значимый конфликт, возникают патологические реакции. К этим патологическим реакциям относятся депрессия, гипоманиакальное бегство и идентификация с утраченным объектом через развитие психических симптомов или физического заболевания.

Важную роль в развитии психических структур и функций играет интернализация (интроекция и идентификация) объекта или его свойств. Это происходит в объектных отношениях вдоль линии развития от удовлетворяющего биологические потребности объекта в период младенчества и удовлетворяющего психологические потребности объекта третьего месяца жизни (о чем свидетельствует “социальная улыбка”) через спокойствие пятимесячного, страх посторон-

них в 8—12 месяцев, сепарационную тревогу, фазу сепарации-индивидуации, фаллически-эдипову фазу, латентный период, отрочество и взрослость. Важный шаг на этом пути — обретение *константности объекта*. Она определяется по-разному, но сущность ее — либидинозный катексис объекта — матери, даже если она отсутствует или гневается.

Наблюдениями Винникотта установлено, что некоторые дети перед тем, как научиться различать себя и объект, должны, чтобы избежать тревоги, иметь у себя неодушевленный объект, например одеяло или плюшевую зверюшку. Такие объекты принято называть *переходными объектами*. Кроме них существует еще целый ряд переходных феноменов, способствующих формированию независимости ребенка от реального мира или от отсутствия объекта. Некоторые пограничные больные склонны делить все объекты на идеализированные, любимые, *хорошие объекты* и полностью отвергаемые, ненавистные *плохие объекты*. При этом в своем восприятии одного и того же объекта они легко переходят от одной крайности к другой. Потребность в таком разделении на противоположные категории связана, по-видимому, с доамбивалентной фазой развития, когда ребенок еще не способен соединить образы удовлетворяющей (хорошей) и фрустрирующей (плохой) матери в одно целое. При нормальном развитии эта доамбивалентная фаза остается позади, и наступает фаза амбивалентности, в которой ребенок становится способным интегрировать целостный образ материнского объекта, который и удовлетворяет, и фрустрирует, и является объектом как либидинозного, так и агрессивного влечений. Кернберг постулировал, что сильное агрессивное влечение пограничного больного ограничивает такую интеграцию, в результате чего происходит защитное расщепление. Без такого расщепления, по всей видимости, агрессия, обращенная на внутренний объект, оказалась бы настолько неконтролируемой, что привела бы к его разрушению.

Расщепление и другие патологические реакции не позволяют пограничным, нарциссическим и психотическим пациентам вступать в зрелые отношения с объектом. Они не способны поддерживать отношения любви, сталкиваясь с фрустрацией; они не

способны принимать самостоятельность любимого объекта, имеющего свои потребности. Зрелые объектные отношения и любовь, напротив, предполагают понимание того, что объект и сам человек самостоятельны и что его или ее потребности могут иногда вступать в конфликт с потребностями самого индивида. Они предполагают также принятие, понимание и умение терпеть амбивалентность по отношению к объекту, способность принимать как некоторую зависимость, так и самостоятельность, способность воспринимать и соотносить свои меняющиеся потребности и требования с таковыми объекта. Развитие Я и созревание объектных отношений в значительной мере зависят друг от друга. Их оценка является одним из центральных пунктов при определении адаптивных способностей индивида и его восприимчивости к психоанализу.

См. интернализация, катексис, константность объекта, печаль, расщепление, реальность, Самость, структурная теория, теория объектных отношений, термины теории Винникотта: переходный объект, феномен.

[74, 152, 174, 285, 294, 451, 492, 495, 705]

ОБЪЕКТ, УДОВЛЕТВОРЯЮЩИЙ ПОТРЕБНОСТЬ (NEED-SATISFYING OBJECT)

Стадия развития объектных отношений, когда отношения с объектом сводятся к немедленному удовлетворению телесных нужд и дериватов влечений ребенка. Поскольку потребности ребенка в этот период весьма неустойчивы, объектные связи меняются в зависимости от удовлетворения и фрустрации потребностей. В терминах энергетической концепции это означает, что объектный катексис зависит от баланса удовольствия/неудовольствия.

С точки зрения развития стадия отношений, основанная на удовлетворении потребностей, предшествует стадии константности объекта, то есть стадии, когда позитивный внутренний образ объекта сохраняется независимо от того, удовлетворяются влечения или фрустрируются. Уровень развития удовлетворяющих потребность отношений описан Анной Фрейд (1965). Эта стадия соответствует фазе частичных объектных

отношений по Шпицу и симбиотической фазе Маргарет Малер.

См. *константность объекта*.

ОКЕАНИЧЕСКОЕ ЧУВСТВО (OCEANIC FEELING)

Первоначально заимствованный Фрейдом у Ромена Роллана для описания гипотетического мистического источника благотворно действующей энергии, этот термин стал относиться к невыразимому переживанию, включающему в себя ощущение выхода за пределы обычных пространственных и временных границ. Первое часто описывается как слияние, второе — как безвременность. Считается, что это чувство связано с психическим состоянием раннего младенческого возраста, когда нарциссический младенец воспринимает все пространство и время слитно со своим Я. Переживание океанического чувства взрослым является выражением крайней регрессии, обычно возникающей вслед за ощущением одиночества. Это переживание напоминает невротический симптом, поскольку защита от угрозы оказаться во власти чувства агрессии сосуществует с удовольствием, то есть иллюзией нарциссического блаженства.

Тесно связанное с этим понятие *слияния* также основывается на предположении о природе отношений между ребенком и матерью. Предполагается, что насытившийся и сонный ребенок возвращается к психическому состоянию, в котором коэстетические восприятия физиологических и поведенческих проявлений аффекта у матери не дифференцируются от его собственных. Попытки восстановления этого состояния у взрослых, нередко инкорпорированные в религиозно-мистические обряды, могут вести к регрессивному поведению, сопровождающемуся фантазиями о физическом единении с матерью.

[43, 315, 400, 595]

ОНО (ИД) (ID)

Одна из сил (или структур) трехуровневого строения психики, предложенной Фрей-

дом (1923) при пересмотре собственной теории психического аппарата. Понятие *Оно* охватывает психические репрезентации инстинктивных влечений и некоторых, хотя не всех, содержаний системы бессознательного, рассмотренного Фрейдом в предшествовавшей — топографической — теории. (Некоторые функции Я и Сверх-Я также бессознательны.) В широком смысле Оно включает в себя все желания, порождаемые восприятием и воспоминаниями об удовлетворении основных физиологических потребностей. В «Очерке о психоанализе» (1940) Фрейд отмечает, что Оно «...охватывает все унаследованное, данное от рождения, заложенное в конституции, то есть прежде всего влечения, проистекающие из соматической организации и здесь (в Оно) находящие первое психическое выражение в формах, нам неизвестных» (с. 145).

Однако в этой же работе Фрейд постулировал существование недифференцированной матрицы, дающей начало и Оно, и Я. Это и некоторые другие двусмысленности подчеркнуты подробному рассмотрению в исчерпывающей монографии Шура (1966), посвященной понятию *Оно*.

В работе «Новые лекции по введению в психоанализ» (1933) Фрейд подчеркивает, что Оно — «темная, недоступная часть нашей личности... Мы подходим к Оно через аналогии: мы называем его хаосом, бурлящим котлом возбуждений» (с. 73). Однако как в этой работе, так и последующий он апеллирует к впечатлениям, вытесненным в Оно и вечным, если бы не терапевтический эффект аналитического лечения. Это привело к утверждению о том, что основная цель аналитического лечения — сделать вытесненное осознанным: «Там, где было Оно, должно стать Я» (1933, с. 80).

Соотношение между Оно и Я описано также с помощью знаменитой метафоры: всадник и конь — ситуация, при которой куда большая сила коня должна держаться под контролем и направляться (1923). Сверх-Я Фрейд также рассматривает как погружающееся в Оно и черпающее из него силы. Из сказанного следует, что границы между Оно и другими органами психики представлялись Фрейду менее жесткими, нежели границы между системами бессознательного, предсознательного и сознательного.

Некоторые другие важные допущения Фрейда относительно Оно заключались в

том, что Оно функционирует на основе первичного психического процесса, содержит свободную подвижную энергию и действует в соответствии с принципом удовольствия. Эти допущения делают Оно подверженным всем противоречиям, сопряженным с теорией влечений, представлениями о психической энергии, экономическим подходом.

Нет единого мнения о том, располагает ли Оно каким-либо психическим содержанием или же полностью состоит из биологических сил (Papel, 1963), содержит ли Оно вытесненные бессознательные воспоминания и фантазии или лишь то, что никогда не осознавалось, каким образом следует выявлять события, соотносимые с Оно. Гилл (1963) приходит к выводу, что Оно и Я концептуально весьма схожи, несмотря на то, что Оно обычно сводят к представлению о неструктурированной энергии. Позже Слэп и Сайкин отметили, что, хотя психоаналитики в целом провозглашают приверженность структурной модели, понятие *Оно* оказывается хаотичным. Они отмечают, что за последнее десятилетие не появилось ни одной работы со словом “Оно” в заглавии [782].

Таким образом, несмотря на то, что Фрейд в “Очерке” обозначил Оно как “важнейший психический аппарат... в течение всей жизни”, это понятие в настоящее время сравнительно мало используется и в целом рассматривается как вспомогательное по отношению к понятию “Я”. И все же, как утверждает Шур, взаимоотношения Оно с другими психическими структурами до сих пор остаются краеугольным камнем концепции психического конфликта (1966).

См. метапсихология, Сверх-Я, структурная теория, топографический подход, Я, [303, 319, 327, 350, 660, 766, 782]

ОПОВЕРЖЕНИЕ (DENIAL)

См. отрицание.

ОПУСТОШЕННОСТЬ (EMPTYNESS)

Субъективное психическое состояние, характеризующееся болезненным ощущением бедности чувств, фантазий и желаний,

а также отсутствием реакций на внешние, в том числе механические и физические стимулы. Утерянными кажутся связи с другими людьми, энтузиазм и убеждения. Их место занимают чувства безжизненности, скуки и отсутствие глубины переживаний. Лица, испытывающие чувство опустошенности, ощущают себя измененными, непохожими на других, неспособными любить и заботиться о других или адекватно отвечать на любовь и внимание. Чувство опустошенности может быть эпизодическим, периодическим или — особенно у пограничных и нарциссических пациентов — служить основой субъективного самовосприятия. Нередко опустошенность сопровождается депрессией, скукой и деперсонализацией; иногда она может захватывать все переживания индивида, устраняя остальные чувства.

Относительно субъективного переживания опустошенности существует несколько психоаналитических гипотез. Оно объясняется как бессознательное избегание невыносимых или неприемлемых чувств, которые замещаются сознательным переживанием опустошенности; как потребность заполнять пробелы или маскировать неудовлетворенность объектом; как следствие нарушенных интернализированных объектных отношений (Kernberg, 1975), в частности отсутствия стабильных и надежных хороших внутренних объектов, а также как отражение фрагментарности Самости у пациентов с нарциссическими расстройствами личности (Kohut, 1977).

[383, 491, 513, 550]

ОРАЛЬНОСТЬ (ORALITY)

Общий термин для обозначения всех психических проявлений (механизмов, склонностей, интересов), обусловленных ранними либидинозными или агрессивными функциями, связанными с ротовой полостью. Потребности ребенка в этот ранний период развития, равно как и способы его восприятия и самовыражения, центрируются вокруг рта, губ, языка, глотки и верхней части пищеварительного тракта. Сюда же относятся ощущения голода, жажды, удовольствия от стимуляции соском или его заменителями, а также ощущения, сопровождающие акт

глотания, и чувство наполнения пищей. Ранние чувства удовольствия и проявления агрессии у ребенка проистекают из этой области, называемой *оральной зоной*, и играют важную роль в психическом развитии.

На протяжении примерно первых восемнадцати месяцев оральная зона сохраняет свое доминирующее значение в организации психики, вследствие чего этот период называют *оральной фазой* психосексуального развития. Постепенно, с усилением влияния других эрогенных зон (анальной, фаллической и генитальной), роль оральной зоны уменьшается, хотя она продолжает оказывать свое заметное воздействие на личность на протяжении всей жизни.

Состояния психического возбуждения и напряжения, вызванные либидинозными и агрессивными потребностями с оральной зоной, рассматриваются как специфические проявления психических сил, известных как *оральные влечения*. Последние состоят из двух отдельных компонентов; один из них направлен на удовлетворение либидинозных потребностей, являющихся основой *орального эротизма*, второй — на удовлетворение агрессивных потребностей. Индивид действует, чтобы устранить оральное напряжение; его уменьшение называется *оральным удовлетворением*. Типичным примером такого удовлетворения является успокоение ребенка после кормления. Это состояние концептуализируется в терминах *оральной триады*, состоящей из желания есть, спать и испытать чувство релаксации, которое возникает после сосания груди и непосредственно перед засыпанием. Последнее желание может проявляться в последующей жизни в виде фантазий, тревог, фобий и феноменов Исаковера; при смещении оно может стать составной частью комплекса кастрации.

Если либидинозные потребности преобладают на ранних стадиях оральной фазы, то агрессивные потребности проявляются несколько позже, в частности, после того, как у ребенка прорезаются зубы; они создают основу для *оральной агрессии* (называемой также *оральным садизмом*). Это агрессивное влечение выражается в жевании, стремлении кусаться и плевать; оно может также играть важную роль в таких со-

стояниях, как депрессия, наркотическая зависимость и перверсии.

Когда оральные влечения блокируются психическими силами (защитами), мешающими их проявлению, возникает *оральный конфликт*. Он может выражаться в таких симптомах, как утрата аппетита, идосинкразия к еде, рвота, спазм жевательной мускулатуры, скрежетание зубами или торможение речи. Оральные конфликты и раннедетские переживания, связанные с оральностью (в частности, при излишнем потворстве со стороны родителей или тяжелой депривации), могут также проявляться в чертах и аномалиях характера. Чрезмерный оптимизм или пессимизм может объясняться чрезмерным оральным удовлетворением или тяжелой оральной депривацией в детстве. Когда такие оральные черты характера, как жадность, требовательность, чрезмерная щедрость или скупость, зависимость, нетерпеливость, беспокойство и чрезмерное любопытство, преобладают в структуре личности индивида, мы говорим об *оральной структуре характера*, которая может проявляться самыми разными способами.

См. инфантильная сексуальность, отождествление лица с грудью, первичная полость, психосексуальное развитие, феномен Исаковера, эротизм.

[23, 799, 802, 803]

ОРГАЗМ (ORGASM)

Третья фаза в цикле сексуального реагирования у человека. Оргазм наступает на пике сексуального возбуждения и выражается в разрядке напряжения посредством непроизвольной физиологической реакции, сопровождающейся максимальным сексуальным удовольствием. Во время оргазма у женщины нижняя треть вагины совершает от трех до пятнадцати непроизвольных сокращений, сокращается также и матка. При этом женщина может испытывать или не испытывать интенсивные ощущения удовольствия в области клитора и малого таза. Оргазмическое удовольствие у мужчин сопровождается эякуляцией с частичной утратой волевого контроля. Некоторые индивиды обоего пола переживают слияние друг

с другим, сопровождающееся ощущением утраты границ Я.

Мастерс и Джонсон показали, что физиологические процессы во влагалище и области клитора протекают одинаково, независимо от того, где переживается оргазм — в вагине или клиторе, — и вследствие какой стимуляции он произошел — вагинальной, клиторальной или иной. В психологическом отношении различия в переживании женщинами оргазма могут иметь динамическое значение, однако аналитики более не считают, что клиторальный оргазм свидетельствует о незрелости психосексуального развития или наличии психопатологических нарушений. И наоборот, вагинальный оргазм не обязательно связан со зрелостью или психическим здоровьем. Несомненным признаком патологии у лиц обоего пола является сексуальное торможение, препятствующее половому акту или ограничивающее определенными ситуациями возможность получить удовольствие от оргазма.

[168, 356, 596, 624]

ОСНОВНОЕ ПРАВИЛО (BASIC RULE)

См. свободные ассоциации.

ОСТАТКИ ДНЯ (DAY RESIDUE)

См. сновиденье, сновидения.

ОТВЕРГНУТЫЙ ОБЪЕКТ (REJECTED OBJECT)

См. теория Фэйрбейрна.

ОТОЖДЕСТВЛЕНИЕ ЛИЦА С ГРУДЬЮ (FACE-BREAST EQUATION)

Феномен, при котором грудь и лицо бессознательно отождествляются или сливаются друг с другом. Особенно наглядной является идентификация глаз и сосков. Этот феномен был открыт Р. Дж. Алманси

(1960) в ходе клинических наблюдений, когда реальная утрата или угроза утраты объекта (например, рождение брата или сестры, окончание анализа и т.д.) приводит к появлению интенсивных оральных стремлений и агрессивных побуждений, связанных с оральной депривацией. Другие примеры этого феномена можно найти в юмористических рисунках, древних изображениях и в лингвистике.

Этот материал подтверждает гипотезу о том, что такое отождествление связано с перцептивными переживаниями, восходящими к ситуации кормления. Младенец видит лицо матери во время кормления и сосок, когда его отнимают от груди; глаза ребенка отклоняются от лица матери по направлению к груди в период, когда разделительная линия между "Я" и "не-Я" проведена еще недостаточно четко. Эти представления согласуются с гипотезой Шлица, что феномен Исаковера и "экран сновидения" Левина представляют собой зрительное восприятие человеческого лица; этот феномен подтверждает также исследование Шлица, показавшего значение гештальта материнского лица в ранней психической жизни младенца и в формировании объектных отношений.

См. оральность, первичная полость.
[23, 801, 802, 803]

ОТРЕАГИРОВАНИЕ (ABREACTION)

Разрядка посредством речи аффектов, связанных с воспоминаниями о перенесенной травме. Изначально Фрейд считал, что отреагирование, вызываемое гипнотическим внушением или побуждением пациента к воспоминаниям, является механизмом излечения истерических симптомов в рамках катартического метода. Перейдя от техник внушения к психоанализу, Фрейд стал считать, что наиболее важным элементом психоаналитической терапии является переработка сопротивлений пациента в свободные ассоциации. Отреагирование достигает цели путем "фокусировки на конкретном моменте или проблеме", "отодвинутой на задний план" (Freud, 1914). В настоящее время многие полагают, что отреагирование не является специфической целью пси-

хоанализа; однако оно имеет позитивный эффект и поэтому может быть терапевтической целью при лечении определенных состояний, в частности, острых травматических неврозов.

См. *аффекты*.
[84, 240, 282]

ОТРИЦАНИЕ (NEGATION)

Примитивный или ранний механизм защиты, с помощью которого индивид отвергает некоторые или все значения события. Таким образом Я избегает осознания некоторых болезненных аспектов реальности и тем самым уменьшает тревогу или другие неприятные аффекты. Эксплицитно или имплицитно отрицание является также интегральным аспектом всех механизмов защиты. С конца 70-х годов этот термин стал употребляться не столько для описания отдельного защитного механизма, сколько для описания отвергающего реальность аспекта защитных действий.

Чтобы устранить восприятие реальности, на помощь приходит фантазия, сглаживающая не согласующиеся между собой и нежелательные моменты ситуации. Так, напуганный и беззащитный ребенок может вообразить себя сильным или всемогущим. Отрицание часто достигается также с помощью действия, хотя оно тоже основывается на бессознательных отрицающих фантазиях.

В детском возрасте отрицание — нормальное явление, а умеренная степень отрицания в любом возрасте является ожидаемой и, как правило, естественной реакцией на стресс, травму или утрату любимого человека. Отрицание может включать в себя массивное или относительно умеренное и избирательное искажение реальности. В крайних случаях отрицание может принимать форму бреда (мать убеждена, что кукла — это ее мертвый ребенок), указывая на психоз. В определенной степени реальность искажается и отрицается при всех неврозах, а стойкое отрицание часто свидетельствует о серьезных проблемах. С другой стороны, в сфере чувств или аффектов стойкое отрицание является иногда нормальным и адаптивным. (Мы продолжаем летать на самолетах, несмотря на авиакатастрофы;

мы ведем себя так, будто не существует угрозы ядерной войны, и т.п.) В психоаналитической литературе прошлых лет рассматривались преимущественно патологические аспекты отрицания, проявляющиеся при психозах. В настоящее время отмечается тенденция к более широкому определению отрицания, включающему в себя нормальные и невротические формы.

Строго говоря, отрицание обычно относится к внешней реальности, тогда как вытеснение связано с внутренними репрезентантами. *Опровержение*, нередко рассматриваемое как синоним отрицания, включает в себя аспекты вытеснения, изоляции и отрицания. Опровержение допускает вытесненное в сознание, но в негативной форме. Фрейд (1925) приводит пример: пациент, которому приснилась женщина, говорит: “Вы спрашиваете, кем мог бы быть человек, который мне приснился? Это *не* моя мать”. “Негативное суждение является интеллектуальным эрзацем вытеснения” (с. 236), обогащаям мышление, но изолирующим его от аффекта и тем самым отрицающим его эмоциональное воздействие.

См. *вытеснение, защита, реальность*.
[137, 169, 310, 626, 866]

ОТЫГРЫВАНИЕ (ACTING OUT)

Проигрывание (Acting In)

Выражение посредством действия (но не посредством речи) воспоминания, установок либо конфликта в процессе психоанализа или других форм лечения, базирующихся на вербализации. Согласно строгому определению, отыгрывание возникает в психоаналитической ситуации или как реакция на нее, причем анализируемый не осознает, что избегает чего-либо. Например, возможно вызывающее поведение по отношению к аналитику без воспоминаний об аналогичных чувствах и установках относительно родительского авторитета. Такой тип поведения иногда обозначается как “отыгрывание при переносе”. Чувства к аналитику также могут проецироваться на лиц, окружающих анализируемого в его повседневной жизни; в этом случае отыгрывание возникает за пределами лечебной ситуа-

ции. Термин *проигрывание* был изначально введен для описания отреагирования в форме телесных движений либо определенных поз пациента непосредственно на кушетке, но теперь обычно употребляется для обозначения отыгрывания, возникающего внутри терапевтической ситуации, в противоположность тому, что происходит вне нее.

Важно, однако, не то, возникает ли поведение внутри кабинета аналитика или вне его, а то, что нечто воспроизводится в действии — “отыгрывается”, — а не припоминается и не вербализуется.

При отыгрывании пациент повторяет действие без осознания его значения; в этом смысле он сопротивляется аналитическому процессу. С другой стороны, существуют ситуации, когда вербализация невозможна, особенно когда мы встречаемся с дериватами очень ранних или очень травматических переживаний. В таких случаях отыгрывание является единственным путем введения переживаний пациента в психоаналитический процесс. Тогда механизм, в других ситуациях рассматриваемый как нежелательное сопротивление, открывает единственно возможный путь коммуникации — через повторное проживание.

С течением времени возникли новые недоразумения по поводу данного термина. Фрейд сам перенос концептуализировал как отыгрывание; анализируемый не вспоминает, а повторяет нечто с терапевтом. Однако многие современные аналитики противопоставляют отыгрывание переносу: пациент избегает переноса через отреагирование его вне стен кабинета. Еще одно, весьма распространенное, но неточное применение термина связано с попытками расширения его смысла, когда к отыгрыванию относят поведение людей, экстернализирующих свои конфликты в форме действий — вне всякой связи с терапевтическим процессом. Так, отыгрыванием называют вообще импульсивное поведение, симптоматические действия невротиков, девиантное поведение подростков. В некотором отношении эти формы поведения сходны с поведением в аналитической ситуации — сходны в том, что побуждения разряжаются в форме реакций, а не фантазий или слов; но они отличаются тем, что являются патологическими дериватами, а не реакциями на терапевтический процесс.

Недостаток такого расширительного использования термина в том, что он начинает означать немногим более, чем “плохое поведение”, тогда как узкое определение, соотношенное с терапевтическим процессом, представляет сложное, тонкое, клинически полезное понятие. Так, например, не всякое отыгрывание выражается действием: молчание во время сеанса либо отказ действовать в ситуациях, требующих действия, могут также рассматриваться как отыгрывание. В разных ситуациях один и тот же тип поведения может быть либо отыгрыванием, либо нет. Например, привычный поведенческий паттерн, с которым пациент “вступает” в процесс лечения (и который не является отыгрыванием) в большей или меньшей степени исчезает в ходе психоанализа. Однако, если в дальнейшем то же поведение появляется при усилении переноса или возрастании сопротивления, мы вправе рассматривать его как отыгрывание. Таким образом, отыгрывание определяется не самим поведением или тем, где именно оно возникает, а теми функциями, которые оно призвано выполнять в интрапсихическом отношении или в психоаналитическом процессе.

См. действие, перенос, расстройство побуждений, симптоматическое действие.
[116, 187, 282, 701, 739]

ОШИБОЧНЫЕ ДЕЙСТВИЯ (PARAPRAXIS)

Обмолвки, ошибки памяти и подобные им феномены, обсуждаемые Фрейдом в его работе “Психопатология обыденной жизни”. Все они представляют собой симптоматические действия, обусловленные бессознательными мотивами; они являются компромиссными образованиями между запрещенными побуждениями или идеями и влияниями цензуры. В ошибочных действиях особенно ярко проявляется принцип психического детерминизма.

Основной механизм ошибочных действий — вытеснение — тесно связан с контркатексисом. Психическая энергия распределяется между функциями Я и Оно и используется для регуляции конфликтов, связанных с поиском удовольствия, а также для разрядки влечений. Тенденции, приводящие к конфликту, включают в себя сексуальность, агрес-

сию, силу и слабость, контроль или его отсутствие. Ошибочные действия, как и все симптомобразования, представляют собой смесь влечений, защит и механизмов адаптации.

См. *защита, инстинктивные влечения, симптом, симптоматическое действие.*
[176, 252, 353, 458]

ПАМЯТЬ (MEMORY)

Функция психического аппарата, посредством которой хранятся и воспроизводятся воспринятые или приобретенные в процессе научения впечатления. Память включает процессы восприятия, апперцепции, распознавания, а также кодирования, извлечения и активации информации. Описаны различные формы памяти: кратковременная и долговременная, эмоциональная, подкрепляющая процессы внимания и др. Каждый из типов связан с определенными ощущениями и вербальными ассоциациями.

Память и ее нарушения занимали центральное место в психоаналитической теории начиная с первых наблюдений Фрейда. Исследования истерии привели Фрейда к выводу, что его больные страдали "реминисценциями" и что их симптомы можно было понимать как символическое выражение травматических воспоминаний, недоступных воспроизведению из-за связанных с травмой негативных эмоций. Когда эти замаскированные воспоминания заменялись непосредственными воспоминаниями, сопровождавшимися соответствующими эмоциями, симптомы исчезали. Лечение, по сути, заключалось в попытках восстановить травматические воспоминания и разрядить с помощью речи связанный с ними аффект (отреагирование). По мнению Фрейда, исключение воспоминаний из сознания обуславливалось вытеснением (этот термин использовался для обозначения того, что теперь называется защитой).

В "Проекте научной психологии" (1895) восприятие и память причислялись Фрейдом к различным системам психики. Воспоминания рассматривалась им как связанные эмоциональными ассоциациями, как цепочки ассоциаций и как процессы символизации. В топографической модели, впер-

вые описанной в 1900 году, Фрейд постулировал трехкомпонентную модель психики, состоящую из сознательного, предсознательного и бессознательного. Сознание представляло в этой модели лишь небольшую область психики. Мысли и воспоминания в системе предсознательного становятся сознательными при наличии достаточного катексиса внимания, тогда как бессознательные содержания, по мнению Фрейда, катектированы интенсивной сексуальной энергией и насильно удалены из сознания. Но именно из-за своей интенсивности они ищут выражения, чему препятствует гипотетический "цензор", защитная инстанция, искажающая и маскирующая воспоминания, чтобы они могли быть приемлемыми для осознания. Фрейд также предполагал, что ранние впечатления регистрируются перцептивным аппаратом в виде структурных изменений в системе, которые он называл *следами памяти*. Эта идея совпадает с современными нейрофизиологическими представлениями, согласно которым воспоминания откладываются в результате стойких изменений в структуре ДНК кортикальных нейронов. Фрейд полагал, что эти примитивные следы памяти ассоциативно связываются в мнемической системе, репрезентирующей предсознательные элементы, которые восстанавливаются в результате ассоциативной активации их схемы или сетей в процессе воспроизведения. В этой предсознательной форме следы памяти уже связаны с символами.

После того как были представлены структурная модель психики (Freud, 1923) с ее разделением на Оно, Я и Сверх-Я и вторая теория тревоги (1926), вытеснение стало пониматься как одно из средств защиты от тревоги, вызванной появлением в сознании угрожающих побуждений Оно в форме воспоминаний или фантазий, вступающих в конфликт с нормами системы Сверх-Я. Память рассматривалась как функция Я, служащая воспроизведению, интеграции и синтезу психических содержаний. В теоретическом отношении на самых ранних стадиях развития Я следы памяти о переживании удовольствия являются причиной антиципации новых переживаний удовольствия, когда вновь проявляется инстинктивная потребность. Если удовлетворения не происходит, младенец достигает галлюцинаторного удовлетворения желаний бла-

годаря катексису следов памяти. Неспособность такого галлюцинаторного удовлетворения утолить потребность является основой для развития чувства реальности. Таким образом, процесс воспоминания и его трансформации обладают адаптивным потенциалом для развития Я, а также могут быть причиной психопатологии.

По-прежнему не утратило своего значения фундаментальное положение психоанализа, что вытесненные или забытые воспоминания являются принципиальным источником интрапсихического конфликта. Разрешение такого конфликта с помощью компромиссного образования проявляется в симптомах или проблемах характера, из-за которых пациент приходит к врачу. Восстановление этих вытесненных воспоминаний достигается с помощью свободных ассоциаций, с помощью ассоциаций с латентными представлениями в материале сновидения, а также с помощью интерпретации переноса, когда забытые чувства к фигурам из прошлого проявляются по отношению к аналитику. Восстановление вытесненных воспоминаний ослабляет конфликт и помогает человеку создать более целостный образ себя.

См. *вытеснение, воспоминания, защита, катексис, дѳѳа vu.*

[72, 208, 213, 243, 249, 303, 312, 470, 500, 708, 720]

ПАНИКА (PANIC)

См. *тревога.*

ПАРАМЕТР (PARAMETER)

Отправной пункт гипотетической идеальной базисной линии — классической психоаналитической техники, инструментом которой является исключительно интерпретация. Термин введен Куртом Эйслером (1953). Типичным примером является предложение аналитика фобическому больному оказаться в ситуации, которая вызывает у него страх. Согласно Эйслеру, параметр может вводиться только при следующих обстоятельствах: 1) если в противном слу-

чае психоаналитический процесс грозит застопориться; 2) если есть возможность вернуться к стандартной технике; 3) если в случае положительного результата можно обойтись без дальнейшего использования параметра; 4) если пациент способен постичь его функцию. Анализ параметра и его интерпретация важны для пациента.

После введения Эйслером этого понятия было установлено, что идеальная аналитическая техника включает в себя подготовку к интерпретации и интерпретацию как таковую. Далее, параметры (определяемые Лёвенштейном как “вариации” или “вмешательства”) обычно имеют место в ходе успешного и хорошо контролируемого анализа; при этом Я пациента не всегда подвергается серьезным изменениям. Термин не включает в себя ошибки, которые может допускать аналитик, а также целый спектр технических вмешательств, показанных при различных типах психопатологии.

[178, 355, 570]

ПАРАМНЕЗИЯ (PARAMNESIA)

См. *амнезия.*

ПАРАНОЙЯ (PARANOIA)

Паранойяльный (параноидный) характер (Paranoid Character) Паранойяльная (параноидная) шизофрения (Paranoid Schizophrenia)

Термины, относящиеся к спектру взаимосвязанных и перекрывающихся друг друга психопатологических расстройств. Понятие *паранойяльный* не совсем корректно применяется также к группе таких феноменов, как страстное, безудержное стремление к социальной цели у внешне нормальных в остальном индивидов. Хотя подобная страсть может быть продуктивной и исчезать с достижением результата, иногда ее сложно отличить от патологического фанатизма. На другом конце спектра находится паранойяльная шизофрения.

Паранойяльный характер или *паранойяльную личность* отличает ригидность, настойчивость, неадаптивные паттерны восприятия, коммуникации и мышления. Распространены такие черты, как чрезмерная чувствительность к пренебрежению и оскорблению, подозрительность, недоверчивость, патологическая ревность и мстительность. Кроме того, лица с таким диагнозом кажутся отчужденными, холодными, без чувства юмора. Они могут очень хорошо работать в одиночку, но обычно испытывают проблемы с авторитетами и ревностно отстаивают свою независимость. Они хорошо чувствуют мотивы других и структуру группы. От паранойи и паранойяльной шизофрении паранойяльный характер отличается паттернами мышления и поведения, относительной сохранностью функций проверки реальности, а также отсутствием галлюцинаций и систематизированного бреда.

Паранойя — это психотический синдром, обычно возникающий в зрелом возрасте. Часто наблюдаются чувство ревности, сутяжничество, идеи преследования, изобретательства, отравления и т.д. Такие люди полагают, что случайные события имеют к ним какое-либо отношение (концепция *центральнойности*). Человек может страдать генерализованными бредовыми или ограниченными представлениями, — например о том, что кто-то хочет навредить ему или кто-то имеет связь с его женой. Такие идеи не поддаются коррекции посредством проверки реальности. Нарушения поведения могут затрагивать только одну область, например работу или семью. Паранойя нередко развивается на основе паранойяльного характера.

У больных *паранойяльной шизофренией* проявляются значительные расстройства в отношении к внешнему миру, основанные на нарушениях константности Самости и объектов, недостаточной организации психических репрезентантов (идентичности) и повреждении таких функций Я и Сверх-Я, как мышление, суждение и проверка реальности. Все формы шизофрении включают в себя психотическую симптоматику. Продромальная фаза шизофрении характеризуется уходом в себя больного, после чего возникает острая фаза, сопровождающаяся бредом, галлюцинациями, нарушением мышления (разрывлением ассоциативных связей)

и дезорганизацией поведения. Вслед за острой фазой может наступить резидуальная фаза, в которой симптомы ослабевают, однако сохраняются аффективная уплощенность и социальная дезадаптация. Как и при паранойе, лица с преморбидными шизоидными или паранойяльными расстройствами личности под влиянием интенсивного стресса и в результате декомпенсации регрессируют в острый психоз. Такое течение шизофрении соответствует представлениям Фрейда о фазах ухода и реституции при психозе.

Параноидная форма шизофрении характеризуется галлюцинациями и бредом преследования, величия, ревности, ипохондрическим бредом. Депрессия, диффузная раздражительность и иногда агрессивность могут сопровождаться бредом воздействия (уверенностью больного в том, что его мысли контролируются извне или что он сам способен управлять другими). Ригидность параноидного характера может маскировать его значительную дезорганизацию. Общее функционирование индивида при параноидной шизофрении нарушается меньше, чем в других формах; аффективная уплощенность является не столь выраженной, и пациент иногда способен работать.

Хотя Фрейд иногда использовал понятия паранойи и параноидной шизофрении как взаимозаменяемые, тем не менее он различал эти формы на основе: 1) специфического психодинамического конфликта, связанного с вытесненными гомосексуальными желаниями; 2) тенденции Я к регрессии и активизации паранойяльных защит. Идея о регрессии Я связывает его представления об этиологии шизофрении с его представлениями об этиологии психозов в целом, тогда как акцент на конфликте при паранойе относится к его “единой” теории, в которой утверждается, что паранойя, как и неврозы, является защитной реакцией (компромиссным образованием). В частности, и тут и там используются отрицание, реактивное образование и проекция. Как было сформулировано в случае Шребера, конфликтное бессознательное желание (“я люблю его”) отрицается (“я не люблю его — я его ненавижу”), но возвращается в сознание в виде проекции (“он ненавидит меня и преследует”). Фрейд также считал, что в характерологическом отношении такие

больные нарциссически озабочены проблемами силы, власти и избегания чувства стыда, из-за чего они особенно склонны к конфликтам, связанным с соперничеством с авторитетами. Бредовые представления о собственном величии также связаны с этими проблемами. Фрейд выдвинул положение о массивной регрессии к ранним стадиям развития (точкам фиксации), связанной с реактивацией детских конфликтов. При паранойе фиксация происходит на нарциссической стадии психосексуального развития и объектных отношений, то есть на более высоком уровне, чем у больных шизофренией, которые регрессируют к безобъектной или аутоэротической стадии. Шизофреническая регрессия, характеризующаяся тенденцией к отказу от объектов, сменяется фазой реституции, включающей в себя формирование бредовых идей; последние выражают собой патологический возврат к миру объектов. С разработкой структурной теории Фрейд стал делать больший акцент на факторах Я и Сверх-Я. Он считал, что отход Я от болезненно воспринимаемой внешней реальности, сопровождающийся экстернализацией отдельных аспектов Сверх-Я и Я-идеала, приводит к появлению у больного ощущений, что другие наблюдают за ним и критикуют. В патогенезе паранойи он также придавал большее значение агрессии.

Постфрейдисты сфокусировались на влиянии агрессии на развитие в раннем детском возрасте, на интернализованные объектные отношения и формирование Я. Исследовалось качество эмоционального катексиса образов Самости и объектов и их искажение вследствие конфликта. Это привело к выявлению патогенного воздействия патологических интроектов. Новые данные о влиянии агрессии и чувства стыда в ответ на нарциссическую травму получены при изучении психопатологии нарциссизма. Концепция сепарации-индивидуации позволила объяснить развитие и влияние конфликтов половой идентичности, предрасполагающих к появлению чувства уязвимости и первичной женственности у мужчин (например, страха Шребера превратиться в женщину), которые могут иметь даже большее значение, чем дериваты гомосексуального конфликта. Исследования в целом подтверждают, что гомосексуальный конфликт преобладает при параноидной

шизофрении и что его часто можно одновременно обнаружить у нескольких членов семьи, страдающих параноидной шизофренией. Наконец, в результате исторического исследования было установлено, что отец Шребера проявлял садистские наклонности при воспитании детей. Это указывает на то, что бредовые представления Шребера содержали в себе зерно истины; в настоящее время считается, что подобное можно обнаружить в истории детства многих параноидальных больных.

См. психоз, психотический процесс, шизофрения.

[269, 306, 496, 600]

ПАРАНОЙЯЛЬНО-ШИЗОИДНАЯ ПОЗИЦИЯ (PARANOID-SCHIZOID POSITION)

См. теория Кляйн.

ПАРАФИЛИЯ (PARAPHILIA)

См. перверсия.

ПАРАФРЕНИЯ (PARAPHRENIA)

В начале XIX века этот термин использовался для обозначения безумия. Фрейд применил этот термин для разграничения шизофрении (парафрении) и паранойи. В дальнейшем под этим термином он понимал как шизофрению, так и паранойю. В настоящее время понятие парафрении вышло из употребления.

См. паранойя, шизофрения.

[268, 275, 280]

ПАТОНЕВРОЗ (PATHONEUROSIS)

Описанный Ференци тип невроза, возникающий вследствие болезни или повреждения высоко катектированных органов тела или специфических областей, например гениталий или лица. Патогенный фактор

является энергетическим. Либи́до вместо объектов направляется на поврежденный орган, а потому этот процесс можно рассматривать как нарциссическую регрессию. Затем, когда вытеснение дает сбой и вытесненный материал возвращается, усилившееся локализованное либи́до участвует в симптомообразовании.

См. *психоневроз, психосоматические состояния, травматический невроз.*
[265, 268]

ПЕРВЕРСИЯ (PERVERSION)

Фиксированное и стойкое сексуальное поведение, расцениваемое как патологическое из-за отклонений в выборе сексуального объекта и/или от нормального для взрослого гетеросексуального полового акта. При описании перверсий Фрейд (1905) отмечал, что отдельные элементы таких сексуальных действий встречаются в половой жизни чуть ли не у каждого здорового индивида. При определенных обстоятельствах подобная сексуальная активность в течение определенно-го времени может замещать “нормальное” поведение или сосуществовать наряду с ним. Несмотря на то, что четкую границу между нормальным и патологическим сексуальным поведением провести невозможно, некоторые отклонения настолько отличаются от общепринятых норм, что их следует называть патологическими. Крайние фиксированные и исключительные формы сексуального поведения описываются как *перверсии*; аналогичные действия, составляющие часть полового акта и усиливающие сексуальное возбуждение, расцениваются как нормальные. Например, скопофилия считается нормальной как элемент сексуальных отношений, но не при вуайеризме.

Перверсии характеризуются особыми сексуальными фантазиями, способами мастурбации, сексуальной стимуляцией и/или особыми требованиями к половому партнеру. Типичными примерами являются фетишизм, трансвестизм, вуайеризм, экспибиционизм, садомазохизм и педофилия. Гомосексуализм часто рассматривается как нормальная вариация, однако некоторые его формы соответствуют данному здесь определению.

Далеко не всегда у одного индивида удается выявить весь комплекс извращенного поведения. Обеспечивая избавление от тревоги, связанной с дофаллическими и фаллическими конфликтами развития, сексуальная перверсия позволяет достигать генитального оргазма, когда другие способы его достижения подавляются. Перверсии могут практиковаться с партнером или без него, могут быть исключительной формой или сочетаться с другими. Если перверсия не является исключительной и облигатной, она переживается либо как доставляющая большее удовлетворение, чем гетеросексуальный половой акт, либо как обязательное его условие. И наоборот, в процессе нормальных предварительных ласк используются многие формы инфантильной сексуальности для достижения желанной цели гетеросексуальной генитальности.

Фрейд (1905) выявил предвестников перверсий в детских фантазиях и увлечениях. Он обнаружил также, что извращенные желания и фантазии у невротиков являются бессознательными — невротические симптомы отчасти представляют собой реакцию на извращенные представления. Он выдвинул гипотезу о том, что сексуальные перверсии возникают тогда, когда детские либидинозные устремления непосредственно переносятся в жизнь взрослого — инфантильная сексуальность уступает силам вытеснения, которые конвертируют ее в невротические симптомы. В дальнейшем теоретики выявили защитный характер перверсий — они представляют собой комплексное компромиссное образование. В типичных для перверсий бессознательных фантазиях отрицаются анатомическое различие между полами, взаимная привлекательность полов и прерогатива половой зрелости. Функции перверсии являются комплексными и множественно детерминированными. Помимо роли в качестве компромиссного образования между дериватами влечений и Сверх-Я, перверсия выполняет важные функции сохранения Я, включающие в себя избавление от страха отделения и кастрации, контроль над агрессией, стабилизацию образа тела, выражение женской идентификации и торжества над нею, дегуманизацию и нейтрализацию угрожающих объектов, восполнение пробелов в чувстве реальности и освобождение от мучительных аффектов, таких, как депрессия.

Поскольку термин “перверсия” приобрел уничижительное значение, его иногда заменяют понятиями *сексуальной девиации* или *парафилии*. Термином “парафилия” подчеркивается необычное качество или природа объекта эротического интереса, тогда как понятие сексуальной девиации относится к сексуальной активности, выходящей с точки зрения статистики или культуры за рамки нормы.

Эти термины подразумевают изолированные категории, однако перверсия редко представляет собой отдельное клиническое проявление патологии. Как правило, она возникает в сочетании с широким спектром расстройств, включая психозы и нарушения половой принадлежности на одном его конце и неврозы, при которых склонность к перверсии все более и более вытесняется, — на другом.

Хотя психическую жизнь индивида могут пронизывать разнообразными извращенные фантазии, перверсия не всегда препятствует установлению отношений с соответствующими партнерами. Стабильные объектные отношения, как известно, имеют место у лиц с самыми разными формами перверсии.

См. вуайеризм, компромиссное образование, половая идентичность, психосексуальное развитие, страх кастрации, эдипов комплекс.

[54, 85, 256, 314, 354, 359, 374, 611, 652]

ПЕРВИЧНАЯ ИДЕНТИФИКАЦИЯ (PRIMARY IDENTIFICATION)

См. интернализация.

ПЕРВИЧНАЯ КРЕАТИВНОСТЬ (PRIMARY CREATIVITY)

См. теория Винникотта.

ПЕРВИЧНАЯ МАТЕРИНСКАЯ ОЗАБОЧЕННОСТЬ (PRIMARY MATERNAL PREOCCUPATION)

См. теория Винникотта.

ПЕРВИЧНАЯ ОРДА (PRIMAL HORDE)

Форма примитивной социальной организации, постулированная Дарвином (1874), в которой люди жили в небольшой, более или менее организованной группе, управлявшейся деспотичным, властным и ревнивым предводителем (*первичным отцом*), присвоившим себе всех женщин и оберегавшим их от посягательств сыновей и остальных молодых мужчин племени. Это, согласно Дж. Дж. Аткинсону (Atkinson & Birch, 1970), привело к мстезу, в результате которого первичный отец был убит и съеден. В работе “Тотем и табу” Фрейд провел четкую параллель между собственными клиническими наблюдениями, в частности при неврозе навязчивых состояний, и исследованиями Дарвина, Аткинсона и Робертсона-Смита, показавших, что квинтэссенцией всех тотемических религий является ритуал, состоящий в убийстве жертвенного животного, его совместном съедании и последующем оплакивании.

Фрейд пришел к выводу, что это первичное убийство, воспоминание о котором, по его мнению, филогенетически передается по сей день, привело к формированию нового типа социальной организации. Чтобы не допустить нового убийства и связанных с ним чувств вины, тотемное животное заменило отца, был запрещен инцест и установлена экзогамия (в жены берутся только женщины из другого клана). Таким образом, развитие тотемизма как практическое разрешение эдиповой проблемы знаменовалось возникновением этических ограничений, религии и социальной организации. Работа Робертсона-Смита и различные аспекты теории первичной орды, включая идеи о возможной филогенетической передаче воспоминаний и раскаянии из-за убийства первичного отца, широко критиковались. Фрейд вполне осознавал гипотетический характер этих построений, однако сходство его клинических наблюдений и результатов исследований Дарвина, Аткинсона и Робертсона-Смита было столь поразительным, что он никогда не сомневался в их принципиальной правильности.

См. амбивалентность, обсессия, эдипов комплекс.

[50, 155, 276, 326, 785, 859]

ПЕРВИЧНАЯ ПОЛОСТЬ (PRIMAL CAVITY)

Ротовая полость, включая щеки, губы, внутреннюю часть рта и носоглотку. Рене Шпиц (1955), предположивший этот термин, обнаружил, что восприятие новорожденного концентрируется главным образом вокруг первичной полости. По словам Шпица, она служит мостом между внутренним миром и внешним, активностью и пассивностью; она является матрицей интроекции и проекции и местом перехода к развитию интенциональной активности, перехода от пассивности к произвольному поведению. В этой первичной (оральной) полости одновременно доступны разнообразные формы контактной чувствительности — обоняние и осязание, вкус, болевая и температурная чувствительность, глубокие мышечные ощущения, сопровождающие глотательный рефлекс. Первичная полость представляет собой первый сенсорный орган младенца, позволяющий ему исследовать внешний мир. Использование ее в этой роли способствует развитию дистантного зрительного восприятия.

В восприятии ребенком ощущений, связанных с кормлением, участвуют также руки, акустический лабиринт (как вестибулярная, так и слуховая его части) и наружная поверхность кожи.

См. оральность, отождествление лица с грудью.

[442, 552, 802]

ПЕРВИЧНАЯ СЦЕНА (PRIMAL SCENE)

Универсальные детские воспоминания или фантазии о паре (обычно отец и мать), совершающей половой акт. Независимо от того, видел ли действительно ребенок эту сцену или только представлял ее в своих фантазиях, она может стать фокусом его последующего любопытства и формировать его фантазии относительно физической природы интимных отношений между родителями. Поскольку многие семьи живут в одной комнате, непосредственное созерцание ребенком полового акта не является редкостью, что отражается также в общечеловеческих мифах и обычаях.

В процессе психоаналитической терапии пациент обычно концентрирует внимание на какой-либо детали или ассоциации, связанной с первичной сценой. Характер фантазий или воспоминаний пациента и то, насколько они являются для него травматическими, во многом определяется обстоятельствами, сопровождавшими детские переживания, например, насколько они ассоциировались с насилием между родителями или по отношению к ребенку, а также когнитивными способностями ребенка в момент события или появления фантазий. Универсальное садомазохистское представление о половых отношениях родителей или неизбежность травматических и патогенных последствий такого переживания современными клиническими и кросскультурными исследованиями не подтверждается. Но если переживание увиденной первичной сцены явилось для ребенка травматическим, у него могут возникнуть фантазии о садомазохистских или кастрирующих отношениях между родителями. В таких случаях фантазии могут быть связаны (хотя не обязательно причинно-следственным образом) с разнообразными клиническими нарушениями как в детстве, так и в зрелом возрасте.

[172, 192, 295, 379]

ПЕРВИЧНЫЕ ФАНТАЗИИ (PRIMAL FANTASY)

Термин, употреблявшийся Фрейдом для обозначения некоторых общих детских сексуальных фантазий, способных играть особенно важную роль в патогенезе неврозов, в частности, фантазий об увиденных в детстве сценах соития родителей, о совращении взрослым или о кастрации. Подобные фантазии могут создаваться в отсутствие какого-либо актуального переживания с помощью намеков, которые может представлять ребенку реальность (например, соитие животных, запрет мастурбации, открытие женских гениталий). Фрейд считал также, что в формировании первичных фантазий задействован филогенетический фактор, возникающий в результате повторения таких переживаний в истории человечества. Этот фактор либо предрасполагает появление первичных фантазий в соответств-

ющих ситуациях, либо передает из поколения в поколение следы памяти о переживаниях. Подобный филогенетический подход, восходящий к ламаркистским взглядам Фрейда, в настоящее время приемлемым не считается.

См. *первичная сцена, фантазии*.
[293, 296, 320, 468]

ПЕРВИЧНЫЙ ПРОЦЕСС (PRIMARY PROCESS)

Вторичный процесс (Secondary Process)

Два принципиально разных способа психического функционирования, первоначально рассматривавшихся Фрейдом в неврологических терминах в работе "Проект научной психологии" (1895). Позже он обратился к ним, в частности, при обсуждении сновидений, симптомов и шуток, для объяснения множества непонятных, внешне иррациональных или бессмысленных феноменов.

По мнению Фрейда (выраженного впервые в терминах экономического и топографического подходов), *первичный процесс* представляет собой наиболее раннюю и примитивную форму психической деятельности; он нацелен на непосредственную и полную разрядку посредством повторного катексиса иконических следов памяти об удовлетворяющем потребность объекте в соответствии с принципом удовольствия (что было названо им галлюцинаторным исполнением желаний). Подвижный катексис в бессознательном позволяет одному представлению в связанной с желанием ассоциативной сети символизировать другое представление (процесс, известный как смещение); одно представление может символически выражать несколько других (существование); тем самым неприемлемые представления могут обходить цензуру системы предсознательное-сознательное. На описательном уровне понятие первичного процесса охватывает такие характеристики бессознательной деятельности, как пренебрежение логическими связями, существование противоречий, отсутствие временного параметра и отрицания, а также использование косвенной репрезентации и конкретизации (образности).

В состоянии бодрствования первичный процесс постепенно (хотя и не полностью) тормозится *вторичным процессом*. Последний оперирует связанным катексисом и вербальными, знаковыми символами. Управляемый принципом реальности, он отвечает за сообразное реальности, логическое мышление, примером которого является отсроченное удовлетворение влечения через разрешение проблемы (внутренняя активность методом проб и ошибок).

В современной психоаналитической теории первичный и вторичный процессы мышления рассматриваются как континуум; все продукты мышления (сновидения, симптомы, фантазии, грезы, целенаправленное разрешение проблемы) обнаруживают признаки многоуровневой структуры и смешение примитивных, регрессивных и защитных механизмов со зрелыми и адаптивными. Примером подобного непатологического смешения, описанного в контексте художественного творчества, является введенное Крисом (1952) понятие "регрессии на службе у Я".

См. *бессознательное, катексис, метапсихология, предсознательное, топографический подход*.

[45, 243, 249, 204, 351, 522]

ПЕРЕНОС (TRANSFERENCE)

Перемещение паттернов чувств, мыслей и поведения, первоначально относившихся к значимым людям из детства, на человека, включенного в текущие межличностные отношения. Поскольку процесс переноса большей частью является бессознательным, пациент не воспринимает различные источники переноса и связанных с ним фантазий, установок и чувств (таких, как любовь, ненависть и гнев). Феномен переноса проявляется неожиданно для субъекта и может вызывать состояние дистресса. Исходными фигурами, с которых переносятся такие эмоциональные паттерны, чаще всего являются родители, но нередко в качестве источников переноса выступают братья и сестры, бабушки и дедушки, учителя, врачи, а также герои из детства.

Перенос представляет собой форму объектных отношений и, как любые объек-

тные отношения, он воспроизводит первые детские привязанности и имеет универсальный характер. Помимо аналитической ситуации перенос может проявляться в самых разных условиях: при других формах психотерапии, при лечении соматических заболеваний, в школе, на работе и в социальном взаимодействии. Тем не менее наиболее отчетливо и интенсивно перенос проявляется в процессе психоанализа. Возможно, это объясняется тем, что пациент начинает терпимо относиться к дериватам детских компромиссных образований, которые подвергаются переносу. Кроме того, условия абстиненции и фрустрации, присутствующие процессу анализа, содействуют регрессии к инфантильной структуре личности, что, в свою очередь, способствует проявлению переноса. Относительная анонимность аналитика облегчает перенос на него активированных детских представлений. В отсутствие информации о качествах аналитика и его личной жизни пациент создает фантазии, в целом не испорченные восприятием настоящего. Пациент настолько сосредоточивается на фигуре аналитика, что развивается *невроз переноса*, воссоздающий картину детского невроза. Перенос — понятие динамическое; в процессе анализа он меняется, а потому аналитик может репрезентировать разных людей из прошлого пациента.

Не все реакции на аналитика являются переносом. Некоторые из них возникают в ответ на его установки или актуальное поведение.

Перенос может быть причиной сильнейшего сопротивления анализу, но может быть также его верным союзником. Ибо благодаря интерпретации переноса пациент убеждается в правильности выявленных взаимосвязей и реконструкций, сделанных в процессе аналитического лечения.

Перенос непременно отражает переплетение чувств любви и ненависти, и поэтому его проявления часто бывают амбивалентными. Тем не менее следует различать *негативный перенос* и *позитивный*. Эти термины относятся к качеству проявлений (агрессивным и враждебным или дружеским и доброжелательным), преобладающих в данный момент анализа. В практической работе весь спектр аффективных реакций может переживаться в контексте переноса. То, что принято называть “желательной” ча-

стью переноса, относится к тому, что способствует аналитическому успеху, позволяет пациенту начать работу и содействовать процессу лечения. Однако, как показывает опыт, в процессе анализа такие проявления могут менять свое значение и присоединяться к сопротивлению.

Анализ и интерпретация содержания переноса имеют большое значение для терапевтического процесса. Более того, некоторые авторы утверждают, что изменений можно добиться только с помощью интерпретации переноса. В процессе лечения перенос может заметно меняться, однако вряд ли он полностью исчезает. Сомнительно также, что его полное устранение является необходимым для успешного анализа.

Перенос — автоматическое, бессознательное воспроизведение переживаний — отличается от *рабочего* или *терапевтического альянса*, представляющего собой сознательное взаимодействие между аналитиком и пациентом. В таком альянсе пациент идентифицируется с целями и методами аналитической терапии и понимает необходимость генетического инсайта. Желание пациента сотрудничать дополняется стремлением аналитика (концептуализируемым как его *рабочее Я*) помочь ему достигнуть инсайта, понимания и сознательного контроля. Такой альянс предполагает *терапевтическое расщепление Я* пациента: одна часть Я отщепляется и наблюдает за частью, которая переживает. Прочный терапевтический альянс часто является необходимым условием продолжения анализа в период выраженного негативного переноса.

См. компромиссное образование, контрперенос, навязчивое повторение, психотерапия, терапевтический альянс.

[95, 273, 86, 430, 324, 826, 905]

ПЕРЕНОС ВТОРОГО Я (ALTER-EGO TRANSFERENCE)

См. психология Самости.

ПЕРЕНОС САМООБЪЕКТА (SELFOBJECT TRANSFERENCE)

См. психология Самости.

ПЕРЕХОДНЫЙ ОБЪЕКТ (TRANSITIONAL OBJECT)

См. теория Винникотта.

ПЕРЕХОДНЫЙ ФЕНОМЕН (TRANSITIONAL PHENOMENA)

См. теория Винникотта.

ПЕЧАЛЬ (ГОРЕ) (GRIEF)

Психофизиологическая реакция на утрату, характеризующаяся снижением интереса к внешнему миру, поглощенностью непроизвольно возникающими мучительными воспоминаниями, по интенсивности близкими иногда к галлюцинациям, нарушением сна, унынием, смешанным с раскаянием, и плачем.

Хотя слово *Trauer*, использованное Фрейдом в "Печали и меланхолии" (1917) можно перевести как "скорбь" или "печаль", имеются клинические и теоретические причины рассматривать скорбь как процесс, а печаль — как аффективную реакцию на утрату. По Фрейду, понятие печали включает в себя реакцию на утрату любимого человека или абстрактных репрезентаций, таких, как идеал. Поэтому имеет смысл рассматривать тяжелую утрату, особенно утрату любимого человека (интерперсонального объекта) как подкласс аффекта печали (Pollock, 1978).

Процесс скорби по идеалу или любимому человеку при удачном течении ведет к усилению Я и во многих исследованиях рассматривается как адаптивный. Психопатологический эквивалент печали, связанный с нарушением процесса скорби, описывается многими в психодинамическом контексте различных видов депрессии.

См. депрессия, скорбь.
[12, 294, 448, 690, 691, 869]

ПОБУЖДЕНИЕ (ИМПУЛЬС) (IMPULSE)

Психически осознанное желание совершить определенное действие. Желания и

связанные с ними мысли могут быть преходящими и кратковременными либо возникать постепенно. В любом случае побуждение имеет качество побуждающей силы, и, если действие сдерживается, может возникнуть состояние крайнего напряжения.

Обычно побуждения представляют собой фантазии, проистекающие из Оно, хотя выражение может находить и проистекающая из Сверх-Я потребность в наказании. Как правило, побуждения пробиваются в сознание тогда, когда ослаблено вытеснение или когда содержание фантазий непосредственно связано с мыслями, отношениями или ситуациями. Поэтому психоаналитическая ситуация и перенос способствуют осознанию побуждений.

По своему характеру побуждения являются эротическими или агрессивными. В повседневной жизни обычных людей побуждение может стать непосредственной причиной действия, ведущего к достижению желанной цели. Крайние, неконтролируемые формы таких импульсивных действий наблюдаются при *расстройстве побуждений*. С другой стороны, большинство побуждений имеют более сложную судьбу, взаимодействуя с защитными механизмами и выражаясь в различных компромиссных образованиях, таких как отсроченное удовлетворение или невротические симптомы. В таких случаях побуждение не обязательно приводит к действию; вместо него оно может проявиться в obsссиях или фобиях. Например, пациентка, страдающая сильным страхом высоты, благодаря осознанию своих импульсов начинает понимать, что ее страх высоты появился в результате того, что она защитным образом обратила против себя гнев и агрессивное побуждение вытолкнуть свою мать в распахнутое окно.

ПОВЕДЕНИЕ (BEHAVIOR)

Доступные наблюдению образ действий или манера себя вести. Термин распространен среди аналитиков, но точного определения в психоанализе не имеет. Он тесно связан с понятием *действие*, и иногда оба они используются как синонимы, особенно поведение/действие противопоставляется мышлению и вербализации в психоаналитическом процессе. Тем не менее между

ними имеются определенные отличия, которые не всегда учитываются. Иногда *поведение* рассматривается как подкатегория *действия*; при этом поведение в отличие от действия определяется как совокупность внешне наблюдаемых феноменов. В других случаях *поведение* выступает как интегральное понятие, включающее в себя психические, вербальные и моторные действия (Lagache, 1953).

Понятия *поведение* и *действие* во многом совпадают и различаются в основном тем, что поведение доступно наблюдению, более комплексно, имеет более выраженные паттерны и временные характеристики и, как правило, повторяется.

Психоаналитики говорят о *нарушениях поведения* и патологическом поведении, когда внешне наблюдаемые расстройства поведения имеют признаки выраженной патологии, какую бы причину они под собой ни имели — органическую (физиологическую) или психогенную.

Бихевиоризм представляет собой психологическую теорию, утверждающую, что научному изучению подлежат только наблюдаемые события; в отличие от него психоанализ занимается явлениями внутренней жизни и подчеркивает важность интроспекции. *Поведенческая терапия* представляет собой форму лечения, основанную на принципах экспериментальной психологии и теории научения и пытающуюся изменить дезадаптивное поведение с помощью методов обусловливания. Акцент делается скорее на изменении внешнего поведения, чем на выявлении его внутренних причин.

См. *действие*.
[402, 536]

ПОГРАНИЧНОЕ РАССТРОЙСТВО ЛИЧНОСТИ (BORDERLINE PERSONALITY DISORDER)

Пограничная личностная организация (Borderline Personality Organization)

Пограничное состояние (Borderline State)

Пограничные состояния — это позиции или промежуточные станции в процессе

декомпенсации от непсихотического состояния в психотическое или в процессе регрессии от невротического к психотическому уровню психической организации. Термин может использоваться, например, для описания пациента, который уже не кажется невротическим, но еще не выглядит явно шизофреническим. В этом значении он был введен в 1953 году Робертом Найтом.

Термин *пограничная личность* охватывает два разных, но частично перекрывающихся понятия. *Пограничное личностное расстройство* является описательным феноменологическим понятием, относящимся к отдельному психиатрическому синдрому — преходящим, обратимым и Я-дистонным микропсихотическим эпизодам, характеризующимся диффузной импульсивностью, хронической раздражительностью, нестабильными межличностными отношениями, нарушениями идентичности, нередко чувствами скуки и опустошенности, тенденциями к нанесению себе увечий. С другой стороны, *пограничная личностная организация* (по определению Кернберга, 1967) является более широким понятием. Оно относится к структуре характера, в которой отмечаются: 1) в сущности сохранный функция проверки реальности; 2) наличие противоположных и несинтезированных ранних идентификаций, ведущих к недостаточно интегрированной идентичности Я (это может проявляться в противоречивости черт характера, отсутствии временной непрерывности самовосприятия, недостаточной аутентичности, неудовлетворенности своей половой ролью и тенденции к субъективному переживанию внутренней пустоты); 3) преобладание расщепления (нередко подкрепляемого отрицанием и различными проективными механизмами) над вытеснением в качестве привычного способа Я обходиться с амбивалентностью и, наконец, 4) фиксация на фазе восстановления в процессе сепарации-индивидуации, что ведет к нестабильности концепции Самости, отсутствию константности объектов, чрезмерной зависимости от внешних объектов, неспособности терпеть амбивалентность и заметном доэдиповом влиянии на эдипов комплекс.

Два этих понятия представляют собой разные уровни абстракции. Первое обозначает нозологический синдром, второе относится к развитию и структуре психики. Однако оба понятия во многом перекрыва-

ются. Пограничная личностная организация включает в себя все проявления пограничных личностных расстройств. Вместе с тем существуют и другие личностные синдромы, которые также относятся к пограничной личностной организации. Они включают в себя нарциссические, шизоидные и антисоциальные расстройства характера, а также некоторые формы наркомании, алкоголизма и сексуальных перверсий.

В дескриптивном аспекте пограничная личностная организация присуща индивидам, у которых явно нестабильное поведение противоречит их внешне более стабильной структуре характера. Лица с таким диагнозом ведут хаотическую жизнь, они тяжело переносят одиночество, импульсивны, заняты собой и не способны к самоанализу. Они не могут четко отделять себя от других и используют других, чтобы избавиться от неприятных чувств или удовлетворить желание чувствовать себя благополучными. Они также позволяют использовать себя другими. Результатом является, как правило, не успех, а постоянная фрустрация, сопровождающаяся злостью и отчаянием. Пограничные индивиды широко используют защитные механизмы проекции и интроекции и проявляют чувства и установки враждебности и отвержения. Иногда у них возникают психотические симптомы — паранойяльные и бредовые. Этим больным недостает интеграции личности, они часто говорят и действуют, противореча самим себе.

Относительно того, как наилучшим образом концептуализировать пограничную личностную организацию, существуют значительные теоретические противоречия. Разногласия касаются прежде всего происхождения этих состояний: являются ли они следствием конфликта и защиты (как при психоневрозах), задержки развития, обусловленной неадекватными объектными отношениями, или отклонения в развитии, основанного на адаптации к патологическим первичным объектам. В формулировке Кернберга используется традиционная модель психоневроза, однако он во многом опирается на теоретические построения Мелани Кляйн, касающиеся, в частности, защитного расщепления и проективной идентификации при конфликтах, связанных с агрессивным влечением. Британские аналитики, работающие в рамках теории объек-

тных отношений, представления которых также восходят к концепции Кляйн, для обозначения подобной структуры личности используют термин *шизоидная личность*. Психологи, занимающиеся проблемами Самости, утверждают, что пограничным индивидам недостает связности Самости, и поэтому они не способны даже к самым примитивным формам переноса. Традиционно ориентированные аналитики рассматривают пациентов с подобными расстройствами в качестве полиневротических личностей, конфликты и симптомы которых относятся к самым разным уровням развития и, возможно, сопровождаются структурными дефектами.

Диагностику пограничных личностей легче провести в условиях психотерапевтической или аналитической ситуации, чем с помощью простого интервью. Однако в большинстве случаев очень сложно, если вообще возможно, лечить пограничных больных с помощью классической психоаналитической техники (даже с использованием параметров), поскольку помимо прочих проблем, о которых шла речь, они требуют удовлетворения и предпочитают действие вербализации, рефлексии и понимание, которые характеризуют психоанализ.

См. психоз, психоневроз, характер, шизоидный характер.

[3, 18, 490, 491, 509, 585, 830]

ПОДРОСТКОВЫЙ АНАЛИЗ (ADOLESCENT ANALYSIS)

Психоаналитическое лечение, инициирующее нормальный и корректирующее неправильный процесс развития в подростковом возрасте. Его цель — добиться специфической для подросткового возраста реструктуризации психики. Работа с состояниями распада и консолидации структуры строится через создание конфликтов, противодействующих проявлениям инфантильности, а разрешаемый конфликт относится к разным фазам подросткового возраста. Адаптация личности подростка к пубертату во многом связана с культурными и социальными условиями. В этом контексте и оперирует психоанализ.

Общий характер подросткового анализа определяется тем, что в пубертате относительно слабое Я подростка сталкивается с усилившимися влечениями. Поэтому терапия сочетает поддержку Я с анализом типичных для этого возраста защит (см. *подростковый возраст*). Аналитик должен четко различать нормальные и патологические проявления подростковой регрессии и уметь анализировать ее компонент отыгрывания (защиту от пассивности), особенно при переносе. Перенос вводит в анализ фиксации на влечении и объекте. Это способствует процессу индивидуации в подростковом возрасте. Время от времени подросток испытывает потребность воспринимать аналитика в качестве "реального объекта"; благодаря этому происходит изменение Сверх-Я и формируется взрослый Я-идеал.

Патологические остатки диадической (доэдиповой) стадии являются важными детерминантами неврозов подросткового возраста и нарушений развития; следовательно, эти ранние детерминанты должны быть подвергнуты при анализе интерпретации наряду с проявлениями триадической (эдиповой) фазы. Такой подход позволил модифицировать классическую теорию рекапитуляции и показать, что диадические полярности и триадические конфликты не только повторяются в подростковом возрасте, но и разрешаются (Blos, 1979). Диадические однополюсные привязанности сохраняются до поздней стадии подросткового возраста, то есть отказ от протодоадесцентной бисексуальности происходит позже. Гомосексуальные тревоги и склонности, всегда проявляющиеся в подростковом анализе, анализируются как остатки диадических однополюсных фиксаций и их эдиповых последствий. Подростковый анализ пронизывает задача деидеализации Самости и объекта. Этот процесс приводит к отказу от детского нарциссизма или его трансформации и усиливает способность к проверке реальности. Он также делает необходимой в подростковом анализе работу печали (о которой сигнализирует депрессивное настроение) как предпосылки продвижения к взрослости.

Особенности различных стадий подросткового возраста наряду с внешними влияниями определяют характер аналитического подхода. В *предподростковом возрас-*

те (примерно в возрасте от одиннадцати до тринадцати лет) возрастная гормональная (преимущественно адrenaловая) стимуляция усиливает влияние со стороны влечений. Отделение от родительских объектов сопровождается формированием групп, состоящих из сверстников подростка, и изменениями функционирования Сверх-Я. Даже небольшие телесные изменения вызывают тревогу и регрессивную защиту. Типичны негативизм и анальный уровень организации Самости и объектов. Исчезают податливость и уступчивость, характерные для латентного периода детства. Вербальная коммуникация при лечении является ограниченной, однако более зрелая игровая деятельность помогает сохранять рабочие отношения с аналитиком. Конфликты со сверстниками и возникающие интеллектуальные торможения помогают преодолеть сопротивление терапии. С другой стороны, подросток воспринимает сам по себе анализ как нарциссическую травму. Благодаря интерпретации и эмпатическому приятию аналитик помогает ему разрешить конфликты, вызванные ранними объектными отношениями. В результате тревога и скованность пациента уменьшаются, что облегчает социальное и интеллектуальное функционирование. Однако этот прогресс нередко ведет к тому, что аналитик, равно как и родители, обесценивается, а анализ прекращается.

Ранний подростковый возраст (примерно от тринадцати до семнадцати лет) характеризуется быстрым ростом и лавинообразной гормональной активностью; к концу этой стадии обычно достигается физиологическая и половая зрелость. Образ тела существенно нарушается, что приводит к искажениям Я, сопровождающимся многочисленными и разнообразными соматическими тревогами. Поддержка, оказываемая системой Сверх-Я функциям Я, и контроль над влечениями ослабевает вследствие декатексиса родительских образцов и ценностей. Занятия мастурбацией помогают восстановить чувство Самости, тогда как протест и неповиновение служат рязрядке энергии инстинктивных влечений и способствуют формированию идентичности при отделении от родителей. Автономные функции Я (чувство времени, причинно-следственное мышление и т.д.) в результате ин-

стинктуализации ослабевают. Очень выраженными могут быть социальный уход, отсутствие интереса к школе, депрессия и аффективные вспышки (особенно чувства стыда и гнева). Проведение анализа в классическом виде является затруднительным, поскольку подростки склонны к экстернализации конфликтов, отыгрыванию, паранойальным проявлениям и поиску магических решений. Требования школы и семьи, часто воспринимаемые как критические, также ограничивают время для аналитической работы. Хотя пациент способен многое вербализовать, свободное ассоциирование затрудняется проявлениями кризиса. Аналитик должен сохранять объективное дружелюбие и порой выступать в качестве "дополнительного Я", особенно по отношению к таким функциям Я, как причинно-следственное мышление и проверка реальности. Аналитические аспекты переноса во многом помогают проведению анализа.

В *среднем подростковом возрасте* (примерно от семнадцати до девятнадцати лет) физические изменения менее выражены, становится более верным образ тела, начинают проявляться более прочные репрезентации Самости и чувство идентичности. Поверхностный катексис компромиссных объектов, окрашенных в эдиповы тона, ведет к возникновению интенсивных, но зачастую кратковременных сексуальных отношений. Интегративные и адаптивные функции Я связывают и организуют влечения, что ведет к сублимации и вовлечению объектов в более зрелую структуру характера. Отыгрывание сходит на нет и улучшается контроль над побуждениями, что позволяет проводить анализ, по форме и техникам не отличающийся от анализа взрослых, за исключением того, что аналитик иногда оказывает поддержку в качестве вспомогательного Я.

В *позднем подростковом возрасте* (примерно от девятнадцати до двадцати двух лет) психический аппарат является относительно стабильным. Цели и объектные отношения в целом соответствуют способностям и возможностям индивида. Прочные чувства Самости и идентичности помогают ему осуществить во внешней реальности выбор карьеры и объектов, сделанный в субъективной реальности. Симптоматика и критерии

доступности анализу, в сущности, являются такими же, что и при анализе взрослых, а аналитическая техника требует лишь небольших изменений.

См. анализ, *подростковый возраст*.
[100, 101, 103, 193, 228, 400, 846]

ПОДРОСТКОВЫЙ ВОЗРАСТ (ADOLESCENCE)

Период жизни, в течение которого происходит реорганизация психической деятельности, обеспечивающая согласование психофизических изменений в процессе полового созревания. Подростковый возраст определяет рамки процесса адаптации к половому созреванию. Блос (1962) назвал его генитальной стадией, то есть конечной стадией четырехступенчатого процесса психосексуального развития, начинающегося в раннем детстве и завершающегося после перерыва (латентного периода) в пубертате. В раннем подростковом возрасте Я испытывает влияние эндогенных и экзогенных факторов, временно ослабляющих его в попытках справиться с волной интенсивных инстинктивных влечений. Эти изменения сопровождаются возникновением фантазий, непосредственно относящихся к мастурбации, и нередко являются причиной конфликтов и тревог, связанных отчасти с реальной возможностью гетеросексуальных контактов и беременности. Интенсифицируются генитальные сексуальные импульсы, а импульсы, относящиеся к другим эротогенным зонам, подчиняются примату гениталий, хотя по-прежнему сохраняются и дериваты компонентных влечений.

Индивид регрессирует к более ранним формам отношения к объектам, активируются потребности в зависимости, страхи и конфликты, преобладавшие на прежних стадиях развития. Дорбатывается и консолидируется половая идентичность. Чтобы индивид смог найти замену первичным объектам, необходим процесс вторичной индивидуации, сопоставимый с доэдиповой фазой сепарации-индивидуации; в этом процессе подросток пересматривает свои представления о родителях и становится способным к избирательным идентификациям. Ослабление инфантильных связей с

объектами вызывает ощущения одиночества и изолированности, которые могут прервать этот процесс. Чтобы адаптироваться к новым идентификациям, индивид должен изменить некоторые из своих идеалов и моральных норм; происходит дезорганизация и реорганизация Сверх-Я, в результате чего Я приобретает относительную власть на Сверх-Я. Такой сдвиг позволяет индивиду в определенной степени удовлетворять влечения, сохраняя таким образом психическое равновесие.

Типичными защитными механизмами, поддерживающими функционирование Я в подростковом возрасте, являются смещение к внесемейным, неинцестуозным источникам удовлетворения и следование образцам Я-идеала и нормам Сверх-Я, обращение аффекта в противоположность (стремление к зависимости обращается в протест, уважение и восхищение — в презрение и высмеивание), обращение враждебности против себя и смещение катексиса с объекта на себя, что является причиной грандиозных фантазий и ипохондрических опасений. Специфические защиты подросткового возраста включают в себя аскетизм, интеллектуализацию (A. Freud, 1936), затянувшуюся юность, униформизм (Blos, 1954). Успешное развитие абстрактного мышления часто сопровождается интересом к формулированию суждений, идей и идеалов, связанных с этическими, политическими и социальными проблемами, расширяются интеллектуальные горизонты, могут проявиться интеллектуальные и творческие способности. Эти психологические изменения помогают индивиду обрести уникальное чувство личной идентичности.

Обусловленные изменчивостью физического созревания, многие подростковые нарушения являются преходящими и не требуют анализа. Патологические проявления на разных стадиях подросткового возраста и технические проблемы обсуждаются в рубрике *подростковый анализ*.

См. адаптация, генитальность, защита, компонентные влечения, объект, подростковый анализ, психосексуальное развитие, регрессия, Я.

[100, 101, 103, 193, 228, 400, 848]

ПОДВИЖНАЯ ЭНЕРГИЯ (MOBILE ENERGY)

См. психическая энергия.

ПОДДЕРЖИВАЮЩАЯ ТЕРАПИЯ (SUPPORTIVE THERAPY)

См. психотерапия.

ПОДФАЗА УПРАЖНЕНИЯ (PRACTICING SUBPHASE)

См. сепарация-индивидуация.

ПОЗНАНИЕ (COGNITION)

Психические процессы приобретения, переработки, кодирования и хранения знаний. Познание включает в себя восприятие, представление, формирование понятий, мышление, суждение и воображение. Некоторые определения познания являются весьма суженными (например, познание приравнивается к переработке информации), а другие — слишком широкими (например, определение Кеслера: "Все процессы выше рефлекторного уровня, вызывающие какие-либо изменения в поведении"). Утверждение Холта (1964), что к познанию относятся все аспекты символического поведения, отражает крайне расширенное содержание термина, а также поле деятельности когнитивной психологии в последние десятилетия.

В психоаналитической литературе термин *познание* обычно ограничивается интеллектуальными функциями индивида и часто относится к процессам развития ребенка (в частности, в генетической эпистемологии), изучавшимся Жаном Пиаже. Пиаже много писал о построении объекта (сенсомоторный интеллект), о допонятийной, операциональной и формальной стадиях развития интеллекта, игре, символическом воображении и взаимном влиянии интеллекта и аффектов. И лишь небольшая область его работы, а именно относящаяся к младенческому возрасту (сенсомоторному периоду по

Пиаже), надлежащим образом исследовалась с психоаналитической точки зрения.

Не так давно исследования, проведенные в рамках когнитивной психологии, касающиеся психической репрезентации, включая предваряющую, иконическую (образную) и вербальную формы репрезентации (Bruner, 1966), постепенно были интегрированы в психоаналитическую теорию. Особый интерес среди психоаналитиков всегда вызвала проблема развития речи.

См. *психоллингвистика*.
[142, 188, 433, 497, 545, 686]

ПОКРЫВАЮЩЕЕ ВОСПОМИНАНИЕ (SCREEN MEMORY)

Воспоминание, имеющее целью скрыть другие воспоминания и связанные с ними аффекты и влечения. Покрывающее воспоминание часто представляет собой жестко фиксированное, внешне безобидное воспроизведение аффективно окрашенных травматических переживаний раннего детства. Оно представляет компромисс между отрицанием и памятью — болезненное переживание прикрывается безвредными воспоминаниями о менее значимых событиях.

Такие воспоминания могут быть *ретрогрессивными* или *ретроактивными* (то есть то, что сознательно припоминается, предшествует скрытому воспоминанию); *выдвинутыми вперед* или *смещенными вперед* (когда скрытые воспоминания предшествуют припоминаемым событиям), *одновременными* или *смежными* с покрывающим воспоминанием. Первоначально покрывающие воспоминания рассматривались как фрагменты следов памяти; последующий опыт определил их возможность быть важным элементом *личного мифа*, более интегрированной и понятной конструкции истории индивида. Но даже скрывая тайны, покрывающее воспоминание все же выдает их. Оно выступает в качестве поддающегося анализу компромисса, явное содержание которого сгущает или смещает латентные мысли, аффекты или влечения подобно тому, как это происходит в сновидениях или невротических симптомах. Иногда аффективно окрашенное скрытое содержание проявляется

в виде индифферентных на первый взгляд воспоминаний. В некоторых случаях одно травматическое воспоминание может скрывать за собой другое. Ни субъективная убежденность индивида в реальности воспоминания, ни внешнее подтверждение его биографической достоверности не означают отсутствия маскирующей функции.

Трудности реконструкции замаскированного воспоминания и интенсивности вытеснения могут быть связаны с тем, что травма имела место на ранней, даже довербальной стадии развития. Сенсорная травма на этой стадии разворачивается прежде всего в сфере зрительного или слухового восприятия, что гипотетически проявляется в визуальной насыщенности и яркости воспоминаний (Greenacre, 1949)

Маскирование воспоминаний не следует смешивать с *наложением*. *Наложение* означает репрезентацию многих одинаковых повторяющихся травматических событий в виде одного эквивалентного события. Процесс наложения является скорее продуктом функции памяти, а не защитным процессом.

См. *амнезия, защита, отрицание, память*.
[40, 115, 226, 248, 250, 282, 357, 360]

ПОЛИМОРФНАЯ ИЗВРАЩЕННОСТЬ (POLYMORPHOUS PERVERSITY)

См. *компонентные влечения*.

ПОЛОВАЯ ИДЕНТИЧНОСТЬ (GENDER IDENTITY)

Половое поведение (Gender Behavior) Половая роль (Gender Role)

Базисное ощущение собственной мужественности или женственности, сопровождающееся убежденностью в принадлежности к мужскому или женскому полу. Первые проявления этого процесса возникают в позднем довербальном и раннем вербальном периодах — между шестнадцатым и восемнадцатым месяцами жизни. Половая идентичность четко проявляется к концу вто-

рого года и становится относительно неизменной к четвертому году жизни. Биологический вклад в половую идентичность окончательно еще не выяснен, однако она может быть связана с гормонально обусловленной дифференциацией мозга плода. С психологической точки зрения формирование половой идентичности является частью фазы сепарации-индивидуации и, возможно, она усиливается с достижением константности объектов.

Предшественниками половой идентичности являются телесное Я, ранний образ тела и диадическое ощущение “я — не я”. Из них в результате расширения, детализации и интеграции половая идентичность развивается в мужскую или женскую репрезентацию Самости. Обычно она включает в себя базисную интернализацию половых различий, идентификацию с собственным полом и осознание двух комплементарных репродуктивных функций мужчины и женщины.

Иногда половую идентичность рассматривают как синоним или подкатегорию *сексуальной идентичности*. Предпочтительнее, однако, эти термины различать на основе их отношения к специфическим фазам развития. Половая идентичность относится к начальной доэдиповой интеграции анатомических, сексуальных различий и комплементарного репродуктивного функционирования в ощущение принадлежности к мужскому или женскому полу. С другой стороны, сексуальная идентичность относится к фаллически-эдиповой и эдиповой интеграции детских сексуальных “исследований”, страха кастрации, зависти к penisу и трехсторонних объектных отношений в личный эротизм. Другими словами, сексуальная идентичность является более поздней переработкой базисного полового чувства. Развитие сексуальной идентичности в эдиповой фазе характеризуется формированием понятий мужественности и женственности (отличающихся от базисного ощущения своей принадлежности к мужскому или женскому полу) и личным эротизмом, который выражается в сексуальных фантазиях и выборе объекта.

Различия между половой и сексуальной идентичностью хорошо иллюстрируются клиническими наблюдениями. Например, у некоторых гомосексуальных мужчин поло-

вая идентичность является мужской, тогда как сексуальная (фантазии и выбор объекта) — женской. Этиология аномалий половой идентичности, проявляющихся в *транс-сексуализме* и некоторых *перверсиях*, вызывает споры. Мани говорит о биологической этиологии (Money & Green, 1969), Столлер (1975) — об аномалии бесконфликтной симбиотической фазы, а Мейером описаны процессы конфликта фиксации и репрессии.

Термин *половая идентичность* отличается от терминов *половая роль* и *половое поведение*, которые относятся к детерминированной культурой, стереотипным паттернам мужского или женского поведения.

[40, 341, 809, 618, 819]

**ПОСТТРАВМАТИЧЕСКОЕ
СТРЕССОВОЕ РАССТРОЙСТВО
(POST-TRAUMATIC
STRESS DISORDER)**

См. *невроз страха, тревожные расстройства*.

**ПОТЕНЦИАЛЬНОЕ
ПРОСТРАНСТВО
(POTENTIAL SPACE)**

См. *теория Винникотта*.

**ПРЕДОХРАНИТЕЛЬНЫЙ ЩИТ
(PROTECTIVE SHIELD)**

См. *стимульный барьер*.

**ПРЕДПОДРОСТКОВЫЙ ВОЗРАСТ
(PREADOLESCENCE)**

Последние годы латентного периода, когда появлению физических изменений, характерных для подросткового возраста, предшествует субъективное ощущение физиологических и гормональных сдвигов. Этот период знаменуется усилением влечений, анальными и оральными регрессивными защитами от эдиповых побуждений и воздействия неизбежных изменений Само-

сти. Клинически это может выражаться в сквернословии и проблемах питания. Защитная регрессия Я также может сопровождаться проблемами вербального выражения и плохой успеваемостью в школе. Понятие *предподросткового возраста* следует отличать от понятия *предпубертата*, обозначающего физические и психологические изменения, возникающие за несколько лет до наступления пубертата.

См. *развитие*.

ПРЕДСОЗНАТЕЛЬНОЕ (PRECONSCIOUS)

Как существительное относится к одной из систем психического аппарата, описанной Фрейдом (1915) в рамках топографической теории. Двумя другими системами являются сознание и бессознательное. В описательном смысле *предсознательное* и *бессознательное* могут рассматриваться как *бессознательное*, однако содержания *предсознательного* всегда готовы перейти в сознание; они являются лишь временно бессознательными. Прилагательное “предсознательное” обозначает эту отличительную характеристику. Между этими системами существуют и другие различия. Если предсознательное обладает доступом к сознанию и способностью перемещаться, то содержания бессознательного не могут свободно перемещаться в предсознательное, поскольку его содержания подвергаются цензуре, а антикатексическая энергия используется на поддержание вытеснения. В отличие от подвижной энергии бессознательного энергия предсознательного, так сказать, “связана”. Хотя предсознательное может испытывать на себе влияние первичного процесса, обычно оно действует как сознание — с помощью вторичного процесса и логического мышления, формулируемого в речи.

Фрейд утверждал, что между предсознательным и сознательным существует вторая цензура и что некоторые содержания становятся осознанными не просто благодаря самому по себе акту восприятия, но и, возможно, вследствие гиперкатексиса. Он относил к предсознательному различные функции, которые в настоящее время считаются функциями системы Я: осознанные воспо-

минания, сдерживание разрядки катектированных представлений, интрапсихическую коммуникацию различных идеационных содержаний, наделение этих содержаний временным параметром, проверку реальности и принцип реальности. Некоторыми атрибутами предсознательного, по Фрейду, обладает также Сверх-Я.

См. *бессознательное, катексис, первичный процесс, сознание, топографический подход*.

[249, 288, 303, 319]

ПРЕДУДОВОЛЬСТВИЕ (FOREPLEASURE)

Эмоциональная реакция на сексуальную стимуляцию, предшествующую половому акту. *Сексуальная прелюдия* включает в себя рассматривание, обнажение, поцелуи, ласки и любые другие действия, направленные на стимуляцию эрогенных зон и усиление эротического напряжения. Такие действия, усиливая желание и вызывая соответствующие физиологические реакции, подготавливают индивида к половому акту. Ощущение удовольствия может возникать от стимуляции гениталий или негенитальных органов, таких, как грудь, рот, губы, анус, ягодицы, или иных частей тела. Фрейд (1905) отмечал, что предудовольствие бывает настолько сильным, что может мешать самому половому акту. Он употреблял это понятие также для обозначения техник, используемых при подготовке индивида к получению наслаждения от юмора или эстетических переживаний.

[256]

ПРЕДШЕСТВЕННИК ОБЪЕКТА (PRECURSOR OBJECT)

См. *теория Винникотта*.

ПРЕЖДЕВРЕМЕННОЕ СЕМЯИЗВЕРЖЕНИЕ (EJACULATION PRAECOX)

См. *импотенция*.

ПРИВИЛЕГИЯ (PRIVILEGE)

Официальный термин, обозначающий предусматриваемую законом или уставом защиту от оглашения сведений, относящихся к сугубо профессиональной деятельности. Следовательно, *привилегированные* или *конфиденциальные сообщения* предполагают, что те, кто принимает информацию, не могут быть законным образом принуждены к ее разглашению. Примерами являются отношения между адвокатом и клиентом, врачом и пациентом, священнослужителем и прихожанином, мужем и женой. Термин происходит от латинского *privilegium*, производного от *privus* ("частный, особый") и *lex, lege* ("закон"). Таким образом, привилегия есть частный закон, предоставляющий особое право или свободу, исходно получаемую в силу занимаемой индивидом позиции.

Правило привилегии распространяется на психоаналитические сообщения в той же мере, что и общий закон и местные уставы, защищающие сообщения между психиатром или психотерапевтом и пациентом. В большинстве случаев право на привилегию принадлежит пациенту. Иногда пациент может не помнить содержания или не понимать важности своих сообщений, поэтому прежде чем он откажется от права на привилегию, он должен быть тщательно проинструктирован.

См. *конфиденциальность, частная жизнь.*

ПРИКЛАДНОЙ ПСИХОАНАЛИЗ (APPLIED PSYCHOANALYSIS)

Использование идей и концепций, вытекающих из клинического психоанализа, для достижения более глубокого понимания различных аспектов человеческой природы, культуры и общества. Наиболее известны исследования в области истории, биографии, литературы, искусства, религии, мифологии и антропологии.

Различие между клиническим и прикладным психоанализом не является абсолютным, поскольку многие ценные клинические выводы были сделаны в работах по прикладным проблемам психоанализа. Подоб-

ным примером является известное исследование Фрейдом (1911) паранойи, основанное на автобиографии Даниэля Пауля Шребера. Это исследование, проведенное в рамках прикладного психоанализа, внесло значительный вклад в понимание некоторых клинических феноменов.

Применение психоанализа к биографии и истории привело к появлению терминов *психобиография* и *психоистория*, подчеркивающих искусственность разделения истории человечества на отдельные периоды.

[269, 465, 538, 608]

ПРИНЦИП ИНЕРЦИИ (INERTIA PRINCIPLE)

См. *психическая энергия.*

ПРИНЦИП КОНСТАНТНОСТИ (CONSTANCY PRINCIPLE)

См. *принцип удовольствия/неудовольствия, психическая энергия.*

ПРИНЦИП МНОЖЕСТВЕННОГО ДЕТЕРМИНИЗМА (PRINCIPLE OF MULTIPLE DETERMINISM)

См. *множественный детерминизм.*

ПРИНЦИП МНОЖЕСТВЕННОЙ АПЕЛЛЯЦИИ (PRINCIPLE OF MULTIPLE APPEAL)

См. *множественный детерминизм.*

ПРИНЦИП МНОЖЕСТВЕННОСТИ ФУНКЦИИ (PRINCIPLE OF MULTIPLE FUNCTION)

См. *множественный детерминизм.*

**ПРИНЦИП НИРВАНЫ
(NIRVANA PRINCIPLE)**

См. *психическая энергия*.

**ПРИНЦИП
УДОВОЛЬСТВИЯ/
НЕУДОВОЛЬСТВИЯ
(PLEASURE/
UNPLEASURE PRINCIPLE)**

Конструируя модель психической деятельности, Фрейд постулировал, что все психические функции регулируются определенными базисными принципами, одним из которых является *принцип удовольствия/неудовольствия*.

Вначале Фрейд использовал термин *принцип неудовольствия*, затем — много лет спустя — *принцип удовольствия/неудовольствия* и в конце концов, возможно, ради простоты он принял термин *принцип удовольствия*. Каждый из этих терминов относится к основной идее, что целью любой психической активности является поиск удовольствия и избегание неудовольствия. Эта идея основывается на других концепциях, а именно что в психике имеется определенное количество энергии и что возрастание уровня энергии или напряжения, создаваемое влечениями, вызывает неудовольствие, а устранение напряжения — удовольствие. Принцип удовольствия регулирует потребность в воссоздании с помощью действия или фантазии любой ситуации, которая приносила удовлетворение благодаря устранению напряжения. Его регулирующая роль в психическом функционировании рассматривается также в связи с реакцией Я на сигнальную тревогу, предостерегающую о наличии опасности. Поскольку тревога всегда неприятна, приводится в действие принцип удовольствия/неудовольствия и активизируются различные функции психики, необходимые для того, чтобы справиться с воспринятой опасностью.

Этот принцип имеет биологическое и психологическое значение. Биологической моделью фрейдовского понятия принципа удовольствия послужил *принцип константности* — термин введен основоположником экспериментальной психологии, Фехнером.

Согласно этому принципу, равно как и принципу удовольствия/неудовольствия, организм стремится избежать или устранить чрезмерное напряжение и сохранять напряжение стабильным на максимально низком уровне. В психологическом аспекте также предполагается, что люди стремятся удовлетворять различные потребности, что равносильно получению удовольствия, и устранять чрезмерное напряжение, обычно сопровождающееся неудовольствием. В то же время Фрейд отмечал, что в определенных ситуациях, таких, как предварительные любовные ласки, напряжение, создаваемое влечением, усиливает ощущения удовольствия. Он пришел к выводу, что соотношение между напряжением от влечений и удовольствием/неудовольствием не является столь простым, как он считал вначале, и что ритм и скорость аккумуляции и разрядки могут определять субъективное переживание удовольствия или неудовольствия.

Принцип удовольствия/неудовольствия следует также рассматривать в контексте развития. Поведение младенцев и маленьких детей регулируется главным образом принципом удовольствия. Лишь с возрастом ребенок начинает понимать, что его желания порой расходятся с реальностью (например, невозможно дотронуться до горячего чайника не обжегшись) или не соответствуют требованиям окружения. Поэтому он постепенно начинает осознавать, зачастую благодаря наставлениям, предостережениям и примерам родителей, существование и важность *принципа реальности*.

См. *психическая энергия, реальность*.
[207, 285, 308, 312]

**ПРИНЯТЫЙ ОБЪЕКТ
(ACCEPTED OBJECT)**

См. теория Фэйрбейрна.

**ПРОЕКТИВНАЯ
ИДЕНТИФИКАЦИЯ
(PROJECTIVE IDENTIFICATION)**

См. теория Кляйн: *идентификация*.

ПРОЕКЦИЯ (PROJECTION)

Психический процесс, посредством которого неприемлемые для индивида побуждения или представления приписываются внешнему миру. В результате такого защитного процесса собственные интересы и желания воспринимаются человеком так, будто они принадлежат другим, или собственные психические переживания могут ошибочно восприниматься как соответствующие реальности.

Невыносимые для субъекта мысли и чувства, прежде чем они проецируются, могут бессознательно подвергаться трансформации, как это часто бывает в случае паранойяльных проекций. Фрейд (1911) проанализировал и прояснил этот процесс, описав паранойяльного больного, отрицавшего свои сексуальные и агрессивные чувства и воспринимавшего себя как жертву сексуального преследования со стороны распутного и жестокого бога. Напуганный своими гомосексуальными желаниями, больной бессознательно трансформировал свое чувство любви в чувство ненависти, а затем наделил этим искаженным эрзацем воображаемого бога и других людей.

Проекция становится заметной, когда она перестает действовать эффективным образом; особенно явно она выражается у паранойяльных больных. Возможно, по этой причине ее часто относят к простым и примитивным защитам с чреватыми для здоровья последствиями. Однако еще Фрейд обратил внимание на то, что дети наивно предполагают, что другие чувствуют точно так же, как и они. В дальнейшем аналитики показали также, что проекция может быть характеристикой симбиотических переживаний в раннем младенчестве. Кроме того, человек, воспринимающий себя как доброго и соответствующим образом относящийся к другим людям, также может проецировать свои чувства и установки, не выказывая при этом признаков патологии. С другой стороны, многие люди осознают, что проецируют собственные представления в "рисунках", которые они видят в тесте Роршаха и других проективных методов. Таким образом, проекция присуща как нормальным, так и патологическим состояниям. Различие заключается в степени, в которой человек уверен в истинности спроецированных пред-

ставлений, то есть в способности человека к проверке реальности.

См. защита, теория Кляйн: идентификация, экстернализация.
[269, 412, 502, 646, 878]

ПРОРАБОТКА (WORKING THROUGH)

Термин, обозначающий последовательную аналитическую работу, специально направленную на преодоление сопротивления, возникающего после первоначальных интерпретаций вытесненного конфликта. Подобное вытеснение объяснял Фрейдом как "вытеснение Оно" и рассматривалось им в качестве особого инстинктивного процесса, "приглушаемого" в течение длительного времени и внезапно нашедшего выход через "приоткрывшуюся дверь". Фрейд писал: "Пациенту следует дать время для изложения переживаний собственного сопротивления, с которым он только что ознакомился, а затем проработать эти переживания и, вопреки их значению для анализируемого, преодолеть их; аналитическая работа, таким образом, становится одним из фундаментальных правил анализа" (Freud, 1914, с. 155).

Целью проработки является достижение максимального эффекта от осознания, то есть достижение значительных и стойких изменений личности пациента путем модификации способов проявления и целей инстинктивных влечений. При проработке и аналитик, и анализируемый решают одну задачу. Эта задача включает индивидуализированный подбор способов аналитической работы, расширение и углубление анализа сопротивления. Первоначальные интерпретации, нередко требующие чересчур широкой трактовки и существенных изменений в понимании пациента, касаются лишь основных тем конфликтной ситуации, они вскрывают также бесчисленное множество вариантов сопряжения конфликтной ситуации со структурой характера пациента. Но это лишь первый этап анализа. В дальнейшем анализируемый должен понять, насколько полезным может оказаться для него осознание и преодоление сопротивления, в том числе вне терапевтической ситуации. Тем более важным представляется достиже-

ние подобного осознания для решения индивидуальных проблем переноса, понимания конфликтов развития, изменений поведения, чувств, жизненных подходов и позиций, а также преодоления устойчивых и стойких проявлений сопротивления.

В настоящее время проработка рассматривается как центральный и определяющий аспект аналитического воздействия и аналитического процесса в целом. Особая необходимость в проработке возникает в ситуации, когда травматические переживания раннего детства, сочетаясь с определенными ситуациями и событиями латентного периода, формируют специфическую структуру, усиливают друг друга и сохраняют психическую реакцию на раннюю травму.

[203, 282, 387, 761]

ПСИХИЧЕСКАЯ ЭНЕРГИЯ (PSYCHIC ENERGY)

Гипотетически существующая и, по аналогии с физической, количественно измеримая энергия, лежащая в основе всякой активности психического аппарата и, следовательно, всех психических проявлений. Концепция психической энергии в том или ином виде присутствовала во всех теоретических построениях Фрейда. Однако ее серьезные недочеты постепенно вызвали волну резкой критики, приведшую в конечном итоге к требованиям отказа от концепции (Kubie, 1947, Holt, 1967, Rosenblatt and Thickstun, 1970). Тем не менее эвристичность понятия *психическая энергия* способствовала его выживанию.

В 1923 году Фрейд предложил рассматривать два отдельных вида энергии — *сексуальную энергию* (или *либидо*) и *агрессивную*. Кроме того, с его точки зрения, следует выделить и *нейтральную энергию*, образующуюся в процессе *слияния* сексуальных и агрессивных элементов влечений, дальнейшей их *десексуализации* и *деагрессивизации*. Впоследствии аналитические исследования доказали наличие в психическом аппарате определенного количества значительной нейтральной энергии, не требующей предварительного слияния сексуальных и агрессивных элементов и их преобразования. Соответственно предполагалось существование отдельной стадии развития, в

которой энергия, равно как и психические структуры, находятся в *недифференцированном* состоянии. Следует добавить также, что в ранних формулировках Фрейда влечения (*аффекты*) рассматривались как равнозначные по отношению к количественным энергетическим характеристикам.

В 1894 году Фрейд описывал психическую энергию как "...нечто ...скользящее по поверхности следовых воспоминаний, подобно тому, как скользит электрический заряд по поверхности тела" (с. 60). Вклад психической энергии в мыслительные процессы, представления и образы был обозначен термином *катексис*. Соответственно наделенные энергией мысли и представления обозначаются как *катектированные*. Степень катексиса, то есть связи идей, представлений и образов с психической энергией, рассматривалась в качестве важнейшего отличительного признака двух способов мышления — первичного и вторичного процессов. При первичном процессе психическая энергия относительно подвижна и не является нейтрализованной. Вторичные процессы мышления, напротив, характеризуются связанной и нейтрализованной энергией, сдерживаемой и управляемой функциями непосредственной разрядки. Кроме того, принято различать понятие *гиперкатексиса*, объясняющего феномен внимания, и понятие *контркатексиса*, объясняющего механизмы вытеснения.

Функции психической энергии могут быть либо мотивационными, либо инструментальными. Накопление психической энергии требует соответствующей разрядки и тем самым поддерживает такие поведенческие компоненты, как побуждения и влечения. Разрядка психической энергии и модель редукции напряжения являются центральными для психоаналитической теории мотивации, основывающейся на подавлении инстинктивных влечений. С другой стороны, психическая энергия имеет различные инструментальные функции, например, формирование сигнальной тревоги или содействие переходу бессознательных мыслей и идей в сознание.

Принято считать, что контроль над уровнем энергии в психическом аппарате осуществляется благодаря ряду *регуляторных принципов*. *Принцип инерции* (одно из наиболее ранних понятий Фрейда) гласит о том, что первичные функции психического аппа-

рата, лишаясь энергетической стимуляции, тут же возвращаются в инертное состояние. Этот принцип, однако, был заменен впоследствии на *принцип нирваны*, регулирующий проявления влечения к смерти. Впервые принцип нирваны был использован Фрейдом в работе “По ту сторону принципа удовольствия” (1920) для обозначения таких тенденций психического аппарата, которые направлены прежде всего на снижение уровня энергии до нулевого или близкого к нему значения. Буддистская концепция нирваны, как известно, утверждает, что достижение состояния покоя, блаженства и счастья возможно лишь на пути “погашения” или “замирания” всяческих желаний. Принцип нирваны близок к *принципу постоянства*, являющегося, по сути, гомеостатическим или вторично уравновешивающим правилом деятельности организма. Согласно последнему, психический аппарат стремится удерживать всякое возбуждение на как можно более низком, близком к минимальному, уровне. Фрейд рассматривал этот принцип как обязательное условие для сохранения организмом имеющихся запасов энергии, вполне достаточных для выполнения отдельных действий.

С развитием теоретических положений принцип постоянства был преобразован в *принцип удовольствия*. В его основу была положена аксиома: всякое человеческое существо ищет удовлетворения и избегает неудовольствия. Следовательно, преобладающее влияние принципа удовольствия приводит к поискам разрядки психической энергии. Однако и здесь Фрейду пришлось признать существование определенных несоответствий между теоретическими построениями и клиническими наблюдениями: не всякое удовольствие, связанное с потребностью в разрядке (и наоборот, неудовольствие — с накоплением психической энергии, например, сексуальное поведение с приятным компонентом переживания), подчиняется принципу удовольствия. Поэтому Фрейд предложил ввести в психоаналитический обиход еще один фактор — ритмичность накопления и разрядки психической энергии.

Концепция психической энергии является центральной для экономического и динамического подходов. После их построения все метапсихологические описания психи-

ческих процессов и поведенческих проявлений обязательно включали изучение энергетического катексиса и контркатексиса, определение видов используемой психическим аппаратом энергии (либидинозной, агрессивной и нейтральной), а также способ ее распределения и развертывания.

См. инстинктивные влечения, метапсихология, первичный процесс, принцип удовольствия/неудовольствия.

[241, 300, 303, 434, 531, 734]

ПСИХИЧЕСКИЙ АППАРАТ (PSYCHIC APPARATUS)

Понимая насущную необходимость объяснения феномена сознания и пытаясь соединить этот феномен с построениями Фехнера, доказывавшего наличие изменений психической активности в сновидениях, Фрейд (1900) предложил рассматривать психику как аппарат, “...построенный из определенного числа действующих частей, располагающихся в виде упорядоченной последовательности”. Понятие психического аппарата является, таким образом, своеобразной метафорой, использованной Фрейдом “...с целью облегчить наши попытки понять всю сложность душевной деятельности, разделить отдельные функции и отнести различные составляющие к отдельным непересекающимся частям психического аппарата” (с. 536). При этом Фрейд исключал возможность абсолютно точного копирования анатомических закономерностей размещения и локализации психических функций. Свою психологическую концепцию он основывал на аналогии с микроскопом, фотографическим аппаратом и т.п. Подобно образам, возникающим с помощью этих инструментов, то есть образам, не имеющим осязательного коррелята, “психическая локальность соответствует той части этого аппарата, в которой осуществляется одна из предворительных стадий образа” (там же). Фрейд постулировал также, что составные части сложного психического инструмента представлены специфическими “органами” или “системами”, расположенными в строго фиксированном порядке и имеющими, подобно рефлексу, свои чувствительные и моторные окончания.

Использованная Фрейдом метафора психического аппарата преследовала еще одну цель — показать и объяснить возможность доступа воспоминаний, сновидений и отдельных нормальных элементов мыслительного процесса в сознание, а также их регрессию из сознания. В результате понятие *психического аппарата* приобрело обозначение, выраженное в сокращенной форме как система Бсз, Псз и Сз (в топографической модели) или Оно — Я — Сверх-Я (в структурной теории). Основные интегративные функции психического аппарата направлены прежде всего на достижение полноценной адаптации.

См. метапсихология, структурная теория, топографический подход.
[249]

ПСИХИЧЕСКИЙ ДЕТЕРМИНИЗМ (PSYCHIC DETERMINISMUS)

Согласно центральной гипотезе психоанализа, в психике не существует произвольных и недетерминированных феноменов. Все психические акты и проявления имеют свою причину и свое значение, все обусловлены и могут быть поняты в терминах предшествующих каждому отдельному феномену “событий”. Всякое психическое содержание, кажущееся на первый взгляд случайным и непонятным (сновидения, навязчивости, мысли, оговорки и др.), подобно другим естественным феноменам, строго детерминированы и управляются собственными законами, даже если эти законы нами еще не открыты.

Психический детерминизм положен в основу фундаментального правила психоаналитической методологии, гласящего, что анализируемый субъект должен сообщать обо всех, даже наиболее неожиданных, случайных или кажущихся ему бессмысленными и бессвязными мыслях и представлениях. Возникающие при этом ассоциации постепенно обогащаются новым содержанием, доселе скрытым от “взгляда” пациента. В результате для индивида все более явными становятся бессознательные мотивы,

управляющие его психической жизнью, его чувствами, мыслями и действиями.

См. анализ, множественный детерминизм, свободные ассоциации.
[128, 252, 854]

ПСИХОАНАЛИЗ (PSYCHOANALYSIS)

Раздел знаний, развиваемых Фрейдом и его последователями, который направлен на изучение психологии человека. Обычно психоанализ принято разделять на три составные части: 1) метод исследования психики; 2) система знаний о поведении человека (*психоаналитическая теория*); 3) способ лечения эмоциональных заболеваний (*психоаналитическая терапия*).

Психоанализ как метод исследования включает использование свободных ассоциаций и анализ содержания сновидений, фантазий, представлений и аффективного поведения. *Психоаналитическая методология* призвана систематизировать разнообразные способы применения отдельных методов анализа психической деятельности.

Психоаналитическая теория включает фактический клинический материал, полученный путем аналитических наблюдений, концентрирующихся вокруг организационного принципа последовательно развиваемых и выстраиваемых гипотез (например, в рамках теории либидо, метапсихологии, структурной теории). Эмпирические данные и основанные на этих данных гипотезы могут быть применены для объяснения как нормального психологического развития, так и аномальных психических процессов и расстройств.

В качестве терапевтического метода психоанализ эффективен прежде всего по отношению к пациентам с невротическими нарушениями, хотя в последнее время он находит все большее применение и при более выраженных расстройствах. Психоаналитические принципы используются для объяснения и понимания целого ряда психических состояний.

См. анализ, аналитическая техника.
[128, 131, 289, 429, 849]

ПСИХОАНАЛИТИЧЕСКАЯ ПСИХОТЕРАПИЯ (PSYCHOANALYTIC PSYCHOTHERAPY)

См. аналитическая терапия, психотерапия.

ПСИХОГЕНЕЗ (PSYCHOGENESIS)

Термин, обозначающий психологические истоки происхождения нормальных и патологических психических феноменов. Подходы к пониманию психогенетических взаимосвязей основываются на неизбежности влияний прошлых (ранних) психических проявлений и процессов на формирование наблюдаемых в настоящее время явлений (психический детерминизм). Отдельные феномены и кажущаяся случайной и необъяснимой непоследовательность их возникновения могут быть поняты при скрупулезном изучении всей причинно-следственной цепи следующих друг за другом психических феноменов, являющихся сложным переплетением и взаимодействием сознательных и бессознательных сил.

Возможность изучения чередований и смены детских конфликтов, проявляющихся на ранних этапах развития индивида, создается благодаря применению психоаналитической методики, когда конфликтные переживания предстают перед взором аналитика в виде переноса.

См. анализ, конфликт, симптом, психический детерминизм, характер.
[203, 301, 349]

ПСИХОДИНАМИКА (PSYCHODYNAMICS)

Один из важнейших аспектов психоаналитической теории, объясняющий феномены мышления, чувств и поведения как психические проявления, возникающие в результате взаимодействия противоположно направленных мотивационных сил. Основное внимание *психодинамики* нацелено на изучение взаимных влияний различных побуждений, выяснение сущности психических процессов, развития, прогресса, регресса и фиксации психической деятельности.

Постулаты психодинамики тесно связаны с концепцией трехкомпонентной структуры психического аппарата: Оно — сфера инстинктивных влечений, Я — сфера “сдерживающего” органа и Сверх-Я — сфера влиятельной совести и мышления. При этом каждый психический феномен несет в себе представительство всех трех сфер психического аппарата. Напряжение в структуре Оно понуждает к поискам удовлетворения желаний, то есть к разрядке. Я оценивает степень безопасности или угрозы, возникающей при вознаграждении желаний, ограничивает фрустрацию, препятствия и искажения на путях разрядки и в конечном итоге приводит разрядку в соответствие с требованиями реальности и Сверх-Я. Противостояние этих двух сфер приводит к возникновению внутреннего конфликта, попытки его бессознательного разрешения могут проявляться в сознании в виде осознаваемого невротического симптома. Помимо внутренних факторов, влияющих на развитие всех структур психики, определенное влияние оказывают также наследственные и внешние воздействия.

При психодинамической интерпретации важное место занимают генетические (причинно-следственные) и эволюционные аспекты, включающие процессы фиксации и регрессии к более ранним стадиям развития Я. Так, степень регрессии может определяться природой конфликта и возможностью его разрешения, то есть специфической опасностью, связанной с удовлетворением инстинктивных влечений индивида в данной фазе его развития. Если, к примеру, симптом не обнаруживает связи с нарушением, характерными для данной фазы развития, то из этого следует, что этот симптом отражает регрессию из более поздней стадии, где и возникла основная проблема конфликта.

См. конфликт, метапсихология, реальность, регрессия, структурная теория, фиксация.
[350, 603, 709, 759]

ПСИХОЗ (PSYCHOSIS)

Форма психических расстройств, характеризующихся выраженной регрессией Я и либидо и сопровождающихся отчетливой дезорганизацией личности. Психозы принято разделять на две группы — *органические*

и функциональные. Органические психозы являются вторичным расстройством по отношению к физическим (соматическим) заболеваниям, например, сифилиса головного мозга, опухолей, атеросклероза и др. Функциональные психозы первично связаны с психосоциальными факторами, а также с биологической предрасположенностью к их проявлению. Основные типы функциональных психозов составляют *аффективные расстройства* (маниакально-депрессивный психоз) и *расстройства мышления* (шизофрения и истинная паранойя).

При рассмотрении психозов, в частности, шизофренического типа, имеются существенные различия в отношении условий их возникновения: с одной стороны, наиболее важным признается влияние генетических и конституционально-нейроэндокринных, соматических и метаболических факторов, с другой — онтогенетических и средовых, воздействующих на индивида в сугубо психологической плоскости. Несомненно, однако, что переживания индивида и психологические формы его реагирования играют немаловажную роль в этиологии и развитии психотического процесса и его симптоматического оформления.

На феноменологическом уровне основными характеристиками психоза, в зависимости от его типа, являются: необычное поведение, бредовые, неадекватные по своему размаху и интенсивности аффективные реакции, отгороженность и выраженные расстройства восприятия и функции проверки реальности. Нередко встречаются также расстройства восприятия (в частности, галлюцинаторные переживания), трудности осмысления и обобщения (рыхлость ассоциаций и “блокирование” мыслей), а также склонность к ипохондрии.

Психоаналитическая концепция психозов Фрейда предполагает существование некой базисной общности между особенностями протекания психических процессов при психозах и неврозах. Вместе с тем Фрейд подчеркивал существенные различия между этими двумя типами психических нарушений. С его точки зрения, лица, страдающие психотическими расстройствами, бессознательно фиксируются на ранних стадиях либидинозного развития, в частности, на нарциссической фазе. Такая фиксация приводит к формированию специфиче-

ской регрессии, то есть к тому, что следует рассматривать как важнейший признак развития психоза — к изменению отношения индивида к другим людям и объектам. Пациенты в психотическом состоянии начинают воспринимать других как отчужденных, “непонятных” или враждебно настроенных. С таким восприятием сопряжены представления об измененности или даже нереальности окружающего мира, людей и предметов. Фрейд считал, что такая симптоматика отражает специфический разрыв пациента с реальностью и является наиболее характерным признаком психотического процесса.

В течение первой, начальной, стадии развития психоза представления пациента о других людях и объектах претерпевают существенные искажения; либидо “освобождается” и катектирует самого человека, создавая тем самым основу для образования общей для всех психотических состояний ипохондрической симптоматики. В течение второй стадии — реституционной (обратного развития) — большой нередко при участии галлюцинаторных либо бредовых построений пытается рекатектировать объектные представления с целью восстановления контактов с внешним миром. Однако такое “восстановление” носит явно патологический характер.

Современный психоанализ, исходя из накопленных клинических наблюдений и соответствующих теоретических построений, убеждает в том, что поздние концепции Фрейда, в частности, его структурная теория и концепция регрессии Я, способны объяснить многие клинические феномены более успешно, нежели ранняя теория либидинозного катексиса и обратного катексиса. Согласно современным представлениям большинство изменений в сфере функций Я и Сверх-Я при психическом типе расстройств является специфической защитой, направленной прежде всего против тревоги. При этом, однако, происходящие изменения психической деятельности настолько массивны, что их последствия приводят к дезинтеграции объектных отношений, а затем и к отрыву от реальности.

Психотические и невротические нарушения Фрейд пытался разграничить на основе нескольких основных признаков. Неврозы — это прежде всего вытеснение запрет-

ных желаний и потребностей, которые исходят из сферы Оно, а затем возвращаются в сферу сознательного в искаженной форме (симптомообразования). В случае психозов речь прежде всего идет о декатексисе объектных представлений, то есть об отрыве от реальности и попытках обрести ее вновь. Таким образом, невротические расстройства характеризуются возвратом в сознание вытесненного материала, психотические — отрывом от реальности.

При неврозе основная “борьба” разворачивается между истинными влечениями Оно и защитными процессами Я; иначе обстоит дело при психозе — Оно (а также отчасти Сверх-Я), преодолевая защиту Я, вступает в конфликт с фрустрирующей реальностью, в конфликт, превозмочь который удается лишь с помощью деструктивных фантазий и болезненной компенсации.

Многочисленные клинические наблюдения, в частности, полученные при изучении отдельных типов психотических расстройств, заставили Фрейда и других аналитиков пересмотреть такие фундаментальные понятия, как либидо и топографические области психики. Более глубокое понимание сущности нарциссизма, агрессивных влечений и концепции Самости привели исследователей к необходимости создания структурной теории влечений и в конечном счете психологии Я. Правомерность новых теоретических построений все более подтверждают результаты лечения больных с психотическими расстройствами, а также “пограничными” состояниями.

Следует сказать, однако, что основным полем деятельности психоаналитической психотерапии являются все же невротические расстройства, неврозы характера и сексуальные перверсии. Лишь в отдельных случаях “расширение этого поля” касается психотических нарушений. В частности, отдельные модификации психоаналитической техники в их приложении к лечению психозов разработаны школой М. Кляйн.

На заре развития психоанализа преобладающей точкой зрения являлось положение о том, что развитие переноса при психотических нарушениях невозможно, поскольку чрезмерная степень нарциссизма больного является непреодолимым препятствием. В настоящее время подобные воззрения

большинством аналитиков отвергнуты: как было показано, образование переноса возможно и при психотических расстройствах. Такой перенос, однако, отличается целым рядом особенностей, главными среди которых являются его чрезмерная интенсивность и зачастую искаженность (*психоз переноса*). Его преодоление и разрешение хотя и возможно, но требует чрезвычайного внимания со стороны аналитика, поскольку такой психоз следует рассматривать как попытку пациента восстановить объектные отношения за счет других людей.

См. пограничные личностные расстройства, психоневроз, психотический процесс, психотический характер, регрессия, тревога.

ПСИХОЛИНГВИСТИКА (PSYCHOLINGUISTIC)

Междисциплинарная наука, объединяющая лингвистические и психологические области знаний и их применения на практике. Психолингвистика представляет собой своеобразный гибрид этих областей науки. Лингвистика — дисциплина, направленная на изучение структуры языка, его основных проявлений и формальных характеристик. Начало современной психолингвистики было положено работами Соссюра (1911) и Блумфильда в первой половине XX века. Однако истинные революционные преобразования в эту науку были принесены в конце 50-х годов работами Хомского. Исследования “молекулярных структур” языка открыли путь к изучению не только его формальных характеристик и грамматики, но и природных особенностей. Последующие теоретические обобщения и преобразования были связаны прежде всего с построением семантических моделей. На первый план выдвигались прагматические и социолингвистические проблемы. С точки зрения Хомского, лингвисты должны рассматривать “идеального” носителя языка, действующего в условиях гомогенной речевой группы. Его подход, таким образом, характеризуется игнорированием конкретного речевого контекста. С другой стороны, представители социолингвистического направления (Labov, 1972) выдвигают требование изучать язык

в его контекстуальном обрамлении, в конкретной ситуации, окружающей его носителя.

В область психологических наук принято включать все исследования, посвященные изучению психических и поведенческих проявлений животных и человека. При этом одним из важнейших направлений является психология процессов познания и развития. Последняя наиболее тесно связана с лингвистикой. Именно на стыке этих направлений возникают принципиально важные вопросы: как и почему различные речевые структуры понимаются и репродуцируются человеком? Каковы механизмы образования отдельных речевых форм? Имеют ли формализованные модели грамматических преобразований реальные психологические корреляты? Каковы отношения мыслительных, познавательных и логических паттернов с формальными грамматическими речевыми образованиями?

По утверждению Брауна (1970), зарождение психолингвистики следует датировать 1952-м годом, когда на одном из заседаний Совета по социальным дисциплинам (Social Science Council) три представителя лингвистического направления и три психолога условились о проведении специальной междисциплинарной конференции. Расцвет психолингвистики последовал сразу, и уже к концу шестидесятых годов четко определилась область исследований. К тому времени наиболее абстрактные и фундаментальные разделы лингвистики соединились с философией, создав известную в наше время "амальгаму философии языка".

Интерес психоаналитиков к проблемам слова и его значения восходит прежде всего к работам Фрейда об афазиях (1891). Однако и в других публикациях (Freud, 1910, 1919, 1925) он касается лингвистической тематики, пересекающейся с проблемами психологии. В современных психоаналитических исследованиях, в частности, в работах Шапиро (1979), разнородная область психолингвистики получила дальнейшее развитие; отдельные авторы пытаются применять сугубо лингвистические модели к интерпретации психоаналитического эмпирического материала.

[139, 148, 239, 264, 299, 310, 535, 756, 777]

ПСИХОЛОГИЯ ГРУПП (GROUP PSYCHOLOGY)

Изучение психических процессов, возникающих как в группе в целом, так и у каждого из ее отдельных членов. Поведение в группе в значительной степени зависит от структурирующего влияния лидера. Такое влияние осуществляется в виде воздействий лидера на типичные групповые феномены регрессии, групповую идентификацию и сплоченность группы, а также на способность ее членов выбирать рациональные этические способы достижения поставленных целей. Группа, рационально функционирующая по отношению к цели, называется *рабочей группой*; достижению групповых целей способствует также регрессивная психическая активность (положительная или отрицательная) ее членов. Проявление регрессивных бессознательных феноменов объяснялось Фрейдом (1921) с помощью процесса пространственной, неструктурированной их группировки, являющейся результатом "упразднения" механизма вытеснения. "Нам следовало бы сказать, что психические надструктуры, развивающиеся у каждого индивида по-своему, отходят на задний план, а бессознательные основы основ... столь сходные у всех людей, обнажаясь, выставляются напоказ" (с. 74). Более того, Фрейд рассматривал групповые феномены как некое оживление филогенетической врожденной памяти о первобытной орде, находящейся под влиянием почитаемого, но вместе с тем вселяющего ужас вождя-отца. Внутригрупповые связи порождают желание обладать собственным групповым идеалом в виде первобытного вождя, способного управлять членами группы, уравнивая всех в правах. Борьба членов группы за внимание вождя трансформируется через *компромиссное образование* в борьбу за сохранение равноправия в группе.

Хотя Фрейд отстаивал свою точку зрения в эдиповых терминах, другие авторы склонны рассматривать групповую регрессию в качестве примитивных объектных отношений — оральных, недифференцированных или психологических, при которых нередко возникают примитивные, хаотические поведенческие проявления, так называемые *базальные присвоения* по Биону (1961). В результате процессов интроекции

и проективной идентификации группа сосредоточивает базальное присвоение на фигуре лидера, способствующего формированию коллективного Сверх-Я. Это, в свою очередь, позволяет членам группы испытать чувство общности, необходимое для создания неповторимого духа в группе.

См. интернализация, первобытная орда, Сверх-Я, Я-идеал.
[87, 88, 302, 343, 378]

ПСИХОЛОГИЯ САМОСТИ (SELF PSYCHOLOGY)

Развиваемая Хайнцем Кохутом и его единомышленниками психоаналитическая концепция нарциссизма. Наиболее характерным для психологии Самости является выделение структурных преобразований Самости, связности субъективного, сознательного, предсознательного и бессознательного опыта Самости, а также исследование отношений между Самостью и подкрепляющими ее объектами.

Фундаментальной сущностью человека, согласно теории Самости, является потребность индивида а) в организации психики в связную конфигурацию — Самость; б) в формировании укрепляющих Самость взаимосвязей Я с внешним окружением, пробуждающих и повышающих энергетику и сохраняющих структурную связность и сбалансированность ее элементов.

Понятие Самости как структуры, организующей вокруг себя все многообразие опыта индивида, является для данного направления психологии основополагающим. В этом отчетливо проявляется его сходство с психоанализом. Как и в психоанализе, основным источником информации в психологии Самости является эмпатическое, интроспективное проникновение в субъективный мир человека, достигаемое в процессе переноса. Основным принципом психологии Самости следует считать возможность сопоставления ее важнейших положений с теоретическими построениями смежных научных дисциплин.

Понятийный аппарат психологии Самости в значительной мере заимствован из психоанализа. При этом, однако, некоторые аналитические термины претерпели ряд

изменений. Разработаны также и некоторые собственные понятия. В настоящем издании рассматриваются прежде всего собственные термины психологии Самости, хотя некоторые из них являются модификациями психоаналитических.

Развитие психологии Самости потребовало пересмотра прежде всего понятий *либидо* и *агрессия* в их окончательной редакции, приведенной Фрейдом во второй дуалистической теории влечений. Поначалу Хайнц Кохут применял термин *либидо* в его классическом понимании, пользуясь экономическим метапсихологическим подходом. Тем самым либидо отражало положительный вклад психической энергии. При этом, однако, он добавил некоторые характеристики, уточняющие качественные отличия либидинозной энергии. Так, *идеализированное либидо* отражает катексис самообъекта, в результате чего образуется *идеализированный самообъект*; *грандиозно-эксгибиционистское либидо* катектирует Самость и преобразует ее в *грандиозную Самость*.

После публикации книги "Анализ Самости" (1971) Кохут постепенно отошел от метапсихологической позиции. Понятие катексиса *объектным либидо* было преобразовано затем в восприятие других как независимого центра инициативы. Катексис *нарциссическим либидо* был заменен Кохутом на восприятие других людей как часть Самости или как тех, кто призван удовлетворять потребности Самости.

В "Анализе Самости" Кохут использует термин *либидо* для объяснения таких феноменов, как эксгибиционизм, нарциссизм, идеализация, инстинктивно-объектная потребность и т.д. Эти и другие традиционные феномены он пытается представить в виде "близкого к эмпирическому знанию" дескриптивного языка. Либидинозное развитие Кохут обозначил общим понятием "здорового" развития Самости. Такое развитие Кохут рассматривал в виде специфических проявлений детской любви, на всех своих стадиях развития — доэдиповой, эдиповой и послеэдиповой — неизменно требующей эмпатического отношения со стороны самообъектов. С точки зрения Кохута, дети, обнаруживающие здоровые аффекты или эмоции, должны иметь опыт переживаний эмпатического "принятия" со стороны значи-

мого для ребенка самообъекта. Следовательно, оптимальное развитие должно включать постоянный объект, действующий с периода созревания и поддерживающий Самость. Оптимальное развитие, таким образом, противопоставляется “грубой сексуальности”, являющейся следствием переживаний фрустрации, которая возникает в доэдипов и эдипов периоды в присутствии значимого для индивида объекта. Проявляющиеся при подобном рода развитии “чересчур выраженные” сексуальные влечения Кохут рассматривал как следствие сбоя распадающейся (фрагментирующейся) или оказавшейся в непосредственной опасности Самости либо как реакцию индивида на неэмпатические ответы извне. В таких случаях чрезмерно выраженную сексуальность следует понимать как специфическую сексуализированную форму поиска возможностей для восстановления Самости. Последствием фрагментации Самости в период созревания и в зрелом возрасте являются, по мнению Кохута, прежде всего перверсии и навязчивая сексуальность.

В отличие от большинства классически ориентированных аналитиков, Кохут отказался от признания первичности агрессии. В его теории неразрушительная агрессия рассматривается в аспекте здоровых проявлений Самости. Деструктивная агрессия, если она не выходит за рамки допустимого, будучи реактивной по своей природе, также способствует конструированию здоровой личности. При этом каждый из обоих видов агрессии развивается в своем направлении. Нормальная агрессия, соединяясь с чувством уверенности, развивается на основе оптимальной фрустрации, которая “толкает” индивида на поступки, направленные на извлечение выгоды. Враждебно-деструктивная агрессия, с уровнем фрустрации ниже оптимального, провоцирует раздражительность, злобность и опасные действия. Развитие агрессии этого типа соответствует отдельным фазам общего психосексуального развития и следует в направлении от физического выражения к вербальному (от действия к слову). При этом раздражительность, гневливость и злобность исчезают только при достижении цели. Существенной особенностью концепции Кохута является признание того, что всякое развитие включает не только опти-

мальный, но и “заниженный” уровни фрустрации. Если фрустрация “заниженного” уровня становится особенно отчетливой, возникают состояния фрагментации Самости. Прототипом таких состояний является *нарциссическая ярость* — реакция индивида на захлестывающие его чувства ненависти, обиды, “нарциссической травмы” или же на потребность причинить боль. Противоположными состояниями сопровождается обычная агрессия, мобилизующая индивида на преодоление препятствий или их устранение на пути к цели.

Следуя Гартманну, Кохут впервые рассматривал *нарциссизм* как катектическое инвестирование либидо в Самость. Раскрывая основные проявления объектного нарциссизма архаической Самости, он тем самым избавил само понятие *нарциссизм* от его уничижительного значения. Теория Кохута постулирует специфичность развития нарциссизма, иного, чем при объектной любви. Кохут отвергает предложенную Фрейдом линию развития от архаического нарциссизма к зрелой любви к объекту. Концепция Кохута позволяет выделить зрелые формы или так называемые *трансформации нарциссизма* — мудрость, юмор и творческие способности.

Термин “эдипов комплекс” Кохут оставляет лишь для описания патологических структур, которые возникают у ребенка в эдипов период и характеризуются переживаниями неэротического ответа со стороны Самости. Подобные переживания имеют место, когда родители испытывают сексуальное стимулирование при усилении детских проявлений любви или при угрозе со стороны агрессивного ребенка. В отличие от этого, *эдипова стадия* рассматривается Кохутом как “здоровая” и счастливая ступень развития в преобладанием доброжелательного ответа со стороны родительских самообъектов ребенка. *Эдипов период* (или *эдипова фаза*) определяет нейтральную, ограниченную во времени фазу жизни и не является ни нормальной, ни патологической.

Виновный человек и трагичный человек — термины Кохута, используемые для описания различных тенденций, определяющих возможные способы существования человека в окружающем мире. Оба термина представляют собой сокращенную фор-

мулировку конфликта в классическом психоанализе, но вместе с тем и специфическую концепцию дефекта в психологии Самости. Основные цели виновного человека состоят в удовлетворении влечений, “жаждущих” приятного. Психика такого индивида описывается в терминах структурной модели. В качестве классического примера Кохут приводит конфликт Сверх-Я с инцестуозными желаниями. Трагичный человек более, чем виновный человек, соответствующий теоретическим положениям психологии Самости, полностью, всем ядром своего “Я” старается выйти за пределы того, что регулируется принципом удовольствия. Если неудачи или недостатки такого индивида перечеркивают его успехи или достижения, то такое поведение Кохут склонен называть “трагическим”, но при этом не полностью выражающим “сущность Самости”.

Недостатки индивида возникают вследствие дефекта его Самости, дефекта, образующегося не столько по причине конфликтов, сколько в результате неэмпатических ответов основной конфигурации самообъектов в детский период развития. Для противодействия дефектам в раннем детском возрасте вырабатываются специфические структуры. *Защитные структуры* “работают” на “перекрытие дефекта”, то есть предотвращение повреждений основных структур ядра Самости. *Компенсаторные структуры* способны не только “перекрыть” дефект, но, благодаря собственной динамике, исправлять “поломки” и полностью восстанавливать функции Самости. В структуре Самости могут образовываться “слабые” секторы, компенсация которых осуществляется за счет “сильных”. Такое соотношение секторов, однако, уменьшает перспективы консолидации адекватного самообъекта с ослабленным Я. Компенсаторные и защитные структуры расположены на разных полюсах единого спектра, их промежуточные формы размещаются в средней части спектра и могут “притягиваться” либо к одному, либо к другому полюсу.

Одним из важнейших механизмов защиты Самости является *расщепление*. Кохут предлагает различать два типа расщепления — горизонтальное и вертикальное. При *вертикальном расщеплении* перцепты внутренней или внешней реальности отбрасываются либо отрицаются. Непомерное фан-

тазирование при этом типе расщепления может оставаться на сознательном уровне, чаще, однако, оно “отбрасывается” или отрицается во избежание чувства унижения, связанного с проявлением неприемлемых для Самости детских притязаний. *Горизонтальное расщепление* можно сравнить с барьером вытеснения; сущностью этого механизма является предохранение Самости от осознания неприемлемых стремлений и потребностей. Фантазии и другие идеаторные проявления неприятного содержания ограждаются и не попадают в сознание. Вертикальное расщепление может быть распознано в первой фазе анализа, его интерпретация и проработка в значительной степени облегчает терапию горизонтального расщепления во второй фазе.

В школе психологии Самости решающее значение для получения необходимого материала и проведения соответствующей терапии приобретает *эмпатия*. Процесс эмпатии включает проникновение в психическое состояние пациента (ср. с термином Фрейда “*Einfühlung*” — “вчувствование”). При эмпатическом контакте аналитик полностью погружается в субъективный мир анализируемого и стремится к максимальному пониманию его внутренних переживаний. В подходящий момент аналитик старается объяснить свой инсайт. Эмпатическое состояние следует отделять от симпатии, доброжелательности или конкретных аффективных проявлений. Эмпатия представляет собой скорее форму “замещающей” и “искупительной” интроспекции. Хотя концепция эмпатии, используемая в психологии Самости, вполне сопоставима с таковой в психоанализе, Кохут и его единомышленники придают эмпатии основное значение для всего психоаналитического процесса. Надежность эмпатического метода при получении психоаналитического материала зависит в первую очередь от тренированности и опыта аналитика, однако немаловажным условием надежности эмпатии является также скрупулезность самонаблюдений аналитика и умение предотвращать возникновение искажений при контрпереносе.

Следующим важным феноменом, выявляемым, согласно Кохуту, при анализе расстройств Самости, является *преобразующая интернализация*. Этот феномен описывает-

ся как процесс, начинающийся нетравматической фрустрацией аналитика со стороны пациента и приводящий в дальнейшем к образованию специфических структур, которые помогают завершать действия, предпринимаемые по отношению к самообъектам (при отсутствии соответствующего опыта переживаний самообъектов). Такой процесс способствует смещению определенных функций от личности, выступающей в качестве самообъекта, на самого субъекта. При этом подчеркиваются четыре аспекта, отличающие подход Кохута от концепции интернализации Гартманна: 1) интернализация всегда эффективна, 2) пациент готов к интернализации; 3) интернализация возникает скорее как результат оптимальной, нежели внезапной и тотальной фрустрации потребностей Самости; 4) связь интернализации с самообъектом носит деперсонализированный характер. И наоборот, самообъект не является полностью персонализированным с самого начала, поскольку он часто воспринимается как часть Самости, а не как отдельный центр интенциональности или инициативы.

Самость (The Self)

Термин, относящийся к аппарату глубинной психологии и обозначающий сердцевину, ядро личности. Самость понимается как сложное образование, формирующееся в виде устойчивой конфигурации взаимодействующих врожденных качеств личности и влияний окружения. В результате такого взаимодействия индивид получает возможность переживать самообъекты уже на ранних стадиях развития. В дальнейшем происходит образование устойчивой целостной психологической структуры. Самость представляет собой центр инициативности, хранилище впечатлений, область пересечения идеалов, эталонов поведения, притязаний и способностей индивида. Перечисленные свойства являются основой развертывания Самости в качестве самостимулирующейся, самонаправляющейся, самоосознаваемой и самоподдерживающейся целостности, обеспечивающей личность основными целями и смыслом жизни. Особенности притязаний, способностей, норм (стандартов) и возникающие между ними виды напряжения, программы деятель-

ности и активности, структурирующие жизненный путь индивида, сочетаясь в различных пропорциях, переживаются как некая непрерывность во времени и пространстве и придают личности смысл и сущность Самости, отдельного и осмысленного бытия, средоточия инициативности и накапливающихся впечатлений.

Составляющими или *секторами Самости* являются: 1) полюс базальных стремлений обладать силой и знаниями (*полюс целей и притязаний*); 2) полюс руководящих идеалов (*полюс идеалов и норм*); 3) *дуга напряжения* между обоими крайними полюсами, активизирующая основные способности индивида. Здоровая Самость может быть представлена в виде функционального континуума секторов, расположенных между полюсами. Для отграничения двухполюсной структуры Самости от рассматриваемых в литературе Кохут вводит в рамках собственной концепции специальный термин *биполярная Самость*.

В зависимости от уровня развития и/или особенностей проявления составных частей описаны следующие *типы Самости*.

Виртуальная Самость, то есть образ зарождающейся Самости в представлениях родителей. Именно родители придают форму бытию Самости ребенка; соответственно, виртуальная Самость определяет способ, с помощью которого конкретные родители "закладывают" в новорожденного потенциальные качества личности.

Ядерная Самость рассматривается как впервые проявляющаяся (на втором году жизни) связанная организация структур психики.

Связная Самость представляет собой относительно взаимосвязанные структуры нормально функционирующей Самости.

Термином *грандиозная Самость* принято описывать нормальную эгзгибционистскую Самость младенца, в структуре которой преобладают переживания беззаботности и средоточия всего бытия.

Кроме того, были описаны патологические *состояния Самости*.

Архаическая Самость представляет собой патологические проявления ядерных сочетаний Самости (нормальных для раннего периода развития) у зрелого индивида.

Фрагментированная Самость отражает хронические либо повторяющиеся состоя-

ния, которые характеризуются снижением степени связности отдельных частей Самости. Фрагментирование является результатом повреждения либо дефекта объектных ответов либо следствием других вызывающих регрессию факторов. Фрагментирующая тревога может проявляться в различной степени — от легкой нервозности (сигнальная тревога) до полной паники, возмещающей о наступлении распада Самости.

Опущенная Самость отражает утрату жизненных сил с картиной опустошающей депрессии. Она возникает вследствие неспособности самообъекта радоваться существованию и утверждению Самости.

Перегруженная Самость представляет собой состояние дефицита, при котором Самость не способна успокоить себя или облегчить себя при страдании, то есть не умеет найти подходящие условия для воссоединения с успокоительным всемогущим самообъектом.

Перевозбужденная Самость рассматривается как состояние повторяющихся проявлений повышенной эмоциональности или возбужденности, возникающих в результате чрезмерных либо неприемлемых для данной фазы развития неэмпатических ответов со стороны самообъектов.

Несбалансированная Самость описывается как состояние непрочности составных частей Самости. При этом одна из частей, как правило, доминирует над остальными. Если слабый оценочный полюс не может обеспечить достаточного “руководства”, Самость страдает от чрезмерной амбициозности, достигающей уровня психопатии. При чрезмерно развитом оценочном полюсе Самость оказывается “скованной” чувством вины и в результате “стесненной” в своих проявлениях. Третий тип несбалансированности Самости характеризуется выраженной дугой напряжения между двумя относительно слабыми полюсами. Такой тип Самости является, так сказать, отстраненным от ограничивающих идеалов и личностных целей, в результате чего индивид отличается повышенной чувствительностью к давлению со стороны внешнего окружения. В качестве примера можно привести образ специалиста в технической области знаний, полностью посвятившего себя самосовершенствованию в профессиональной

деятельности, но в то же время лишенной сбалансированной позиции в сфере личностных притязаний или этических оценок. Выраженность несбалансированности варьирует в широких пределах — от относительно нормальных личностных проявлений до предпсихотической личности.

Как нормальная, так и патологическая структура Самости в равной степени связаны с процессами интернализации связей между Самостью и его объектами. При этом самообъект рассматривается как субъективное переживание индивидом поддержки, создаваемой другими людьми (объектами). Хотя термин *самообъект* вполне применим по отношению к поддерживающим лицам, его нужно использовать прежде всего для описания интрапсихических переживаний, отражающих различные типы взаимоотношений Самости с другими объектами. Поэтому отношения, характеризующие самообъекты, следует выражать в терминах поддерживающей Самость функции, преобразования которой зависит либо от влияния других людей, либо от временного параметра — периода, наиболее значимого для проявления данной функции.

Инфантильные самообъекты отражают переживания нормальной поддержки Самости в раннем детском возрасте. Этот тип переживаний представляет собой слияние опыта, проистекающего из пока еще недостаточно разграниченных на когнитивном уровне Самости и самообъекта. На этой стадии развития самообъекты еще не могут переживаться ребенком как “вместитель” отдельных центров инициативности и интенциональности.

Архаические самообъекты предполагают патологическую потребность в функциях, обычно присущих детскому самообъекту. При этом патологические черты архаический самообъект может приобрести только в зрелом возрасте.

Отражающие самообъекты, “притягивая” и укрепляя ощущения значимости, целостности и положительной самооценки, поддерживают наиболее важные для индивида фантазии и представления.

Идеализируемые (или идеализированные) самообъекты обеспечивают “слияние” с образом бесстрашной, мудрой, сильной и доброй идеализируемой личности.

Самообъекты "второго Я" отражают переживания поддержки со стороны других людей, представляемых индивидом в виде какой-либо части самого себя.

Соперничающие самообъекты обеспечивают переживания, связанные с центром инициативности, действующим в направлении оппозиционного самоутверждения.

Расстройства Самости (Self Disorders)

Называемые также расстройствами самообъекта, расстройства Самости возникают при недоразвитии Самости до уровня достаточной связанности и гармонии жизненных сил либо при утрате этих качеств, если до этого они были развиты в полной мере. Основные перечисленные ниже диагностические категории подразумевают главным образом повреждение структурного единства и сил Самости.

Психоз характеризуется выраженным и длительным (иногда постоянным) повреждением Самости. При психозе дефект не компенсируется никакими защитными структурами. При этом постулируется, что в основе выраженных повреждений Самости лежит врожденный (этиологический) дефект. Психотические состояния не поддаются обычному аналитическому воздействию.

Пограничные состояния также характеризуются выраженным постоянным или стойким повреждением Самости; их отличительной особенностью является, однако, компенсация и/или предотвращение фрагментации Самости, достигаемые за счет комплексных защитных действий. Пограничные состояния поддаются анализу лишь в редких случаях — при определенных, четко фиксированных условиях, когда удается устранить ятрогенные влияния, или при наличии "податливого" объектного переноса.

Нарциссические расстройства поведения представляют собой временные, устраняемые с помощью соответствующих терапевтических методов повреждения Самости. Симптоматика расстройств этого типа отражает аллопластические попытки навязать окружению собственные идеалы и методы самоуспокоения. В эту группу расстройств включают прежде всего перверсии, делинквентность и наркоманию.

Нарциссические расстройства личности также проявляются в виде временного,

устраняемого с помощью адекватной психоаналитической терапии повреждения Самости. Симптоматика здесь отражает напряжение, связанное с повреждениями Самости, а также аутопластические попытки восстановления функций самообъекта. Эта группа расстройств включает ипохондрию, депрессию и гиперсензитивность.

Депрессия — расстройство, подразделяемое Кохутом на три типа: 1) *довербальная депрессия*, сопряженная с "краевой" травмой и характеризующаяся апатией, чувством "омертвения" или, наоборот, диффузной раздражительностью и гневливостью; 2) *опустошающая депрессия*, сопровождающаяся резким падением самооценки и жизненных сил вследствие неадекватного отражения и дефекта идеализированных ответов со стороны самообъектов; 3) *депрессия вины* отличается искаженными и не соответствующими реальному положению вещей самообвинениями, самобичеванием, самоуничижением, возникающими в результате недостаточности объектных переживаний Самости по поводу "беспристрастности" идеализированной личности. Лица, страдающие депрессией подобного типа, не обладают достаточным опытом "слияния" с идеализированным самообъектом.

Перенос самообъекта (Selfobject Transference)

Перемещение потребностей анализируемого в объектной матрице Самости как реакция на личностный аналитика. Термин *перенос самообъекта* заменил в психологии Самости понятие *нарциссического переноса*. При этом процесс смещения определяется отчасти "воскрешением архаических потребностей самообъекта", отчасти — специфическими для стадий развития потребностями самообъекта, отчасти — потребностями самообъекта, высвобождаемыми аналитиком и аналитической ситуацией. Перенос самообъекта проявляется в виде прямых, косвенных либо "защитных" требований, предъявляемых аналитику. Подобные "требования" сопоставимы с таковыми при классическом переносе и могут быть интерпретированы или объяснены сходным образом. Основное отличие от классического переноса состоит в выборе времени для соответствующих интерпретаций и в признании того факта, что отдельные жела-

ния и устремления индивида должны, согласно положениям психологии Самости, соответствовать конкретной фазе развития и фиксированному возрасту. В настоящее время принято выделять три основных типа и один подкласс переноса самообъекта.

Зеркальный перенос — родовое понятие, изначально обозначавшее все типы неидеализирующего переноса. В настоящее время один из подтипов “зеркального” переноса — *собственно зеркальный перенос* — практически вышел из употребления. Термин “зеркальный перенос” принято описывать процессы, осуществляемые за счет “внутренних” ресурсов аналитика, способных усилить поврежденный полюс притязаний Самости пациента. Эти процессы проявляются в виде требований (ожиданий) быть признанным, вызывающим восхищение, достойным похвалы и пр.

Идеализирующий перенос имеет место, когда для усиления поврежденного полюса идеалов Самости пациента подкрепляются или даже восстанавливаются его потребности в идеализации (“слиянии”) бесстрастно, сильного, мудрого и доброго самообъекта. Этот тип переноса обнаруживается в виде “замаскированного” восхищения аналитиком, его поведением, оценками и т.п. В качестве другого проявления здесь может выступать защита от подобного восхищения, выражающаяся во враждебно-критической позиции по отношению к аналитику. После изъятия метапсихологических конструкций из своей теории Кохут описал данный тип переноса как один из вариантов проявления идеализирующего либидо.

Перенос по типу “второе Я”, или близнецовый перенос, выявляется в ситуациях, когда требуется восстановление ранних долатентных или латентных переживаний. Этот тип переноса отражает потребность индивида видеть и понимать другого, а также восприниматься и быть понятым другими так, как он видит и воспринимает самого себя. При анализе пациент отождествляет себя с манерами, высказываниями и даже внешним видом аналитика. При этом создается возможность для усиления промежуточной дуги способностей и талантов и тем самым для поддержания надежд пациента на будущее. Кроме того, отношения между пациентом и аналитиком, структурирующиеся по типу “второе Я”, могут со-

провождаться фантазиями о воображаемом партнере, что играет немаловажную роль в развитии у пациента способностей и дарований. Изначально близнецовый перенос рассматривался Кохутом как подвид зеркального переноса, позднее, однако, оба типа были разделены и представлены в качестве отдельных категорий.

Перенос-слияние представляет собой подтип восстановления архайческой идентичности с детским самообъектом, то есть восстановления, осуществляемого с помощью “расширения границ” Самости и включения в них личности аналитика. При этом аналитик воспринимается не как самостоятельная и независимая личность, имеющая собственный центр инициативности, а исключительно как человек, действующий под контролем пациента, как интегративная часть его Самости. Перенос-слияние следует рассматривать как составную часть каждого из трех основных типов объектного переноса Самости: пациент может испытывать близнецовый, идеализирующий или зеркальный перенос “слияния”.

Перенос креативности — особый тип, с помощью которого Кохут описывал потребности некоторых людей в слиянии с самообъектом во время напряженных творческих поисков. В качестве примера здесь можно привести потребность Фрейда в поддержке со стороны Флисса при написании “Толкования сновидений”.

См. агрессия, инстинктивные влечения, интернализация, либидо, нарциссизм, объект, перенос, Самость, эмпатия.

[59, 60, 61, 362, 363, 512, 513, 514, 515, 516, 774, 776, 823, 841, 894, 895, 896, 897, 898]

ПСИХОЛОГИЯ Я (EGO PSYCHOLOGY)

К психологии Я принято относить всю область исследований, теоретических построений и клинических методов, где главный акцент делается на понятии “Я”. На ранних этапах развития психоанализа основное внимание уделялось влечениям, или психологии Оно, бессознательному и конфликтам, в той или иной мере соотносившимся с Я как личностью, Самостью, защитой (вытеснением). В начале 20-х годов, после того как Фрейдом была сформули-

рована структурная теория и описаны противоположения, главным фокусом новой психоаналитической науки стала психология Я. За этим последовали работы Анны Фрейд о защитных механизмах и Гартманна об адаптации Я. Эти разработки стали основой для дальнейшего развития теории, включавшей психосоциальные и конституциональные аспекты, подкрепляя тем самым утверждение психоанализа, что он является общепсихологической наукой.

См. адаптация, защита, метапсихология, структурная теория, Я.

[96, 225, 413, 521, 573]

ПСИХОНЕВРОЗ (PSYCHONEUROSIS)

Термин, представляющий собой одну из основных диагностических психоаналитических и психиатрических категорий. Психоневроз характеризуется множественными нарушениями мышления, чувств, личностных установок и поведения. Симптомы психоневроза коренятся в психических конфликтах, противоборствующие элементы которых относятся главным образом к сфере бессознательного. Символические связи симптома и конфликта впервые удалось раскрыть Фрейд, показавшему, что с помощью психоаналитической терапии подобные связи становятся явными и понятными. Термин *психоневроз* относится прежде всего к целостным психопатологическим образованиям, состоящим из специфической констелляции симптомов. К последним принято относить произвольные движения, изменения телесных функций, болевые и другие неприятные ощущения, наблюдаемые при истерии; эпизоды дисфорического настроения при тревожных состояниях ("приступах") или в рамках невротической депрессии; не поддающиеся произвольному контролю постоянно возникающие мысли и действия при неврозе навязчивых состояний; осознанные иррациональные страхи и опасения, приводящие к значительному ограничению адаптивного поведения при фобических состояниях. Подобные симптомы воспринимаются пациентом как чуждые и непонятные (чуждые Я), возникающие помимо его воли и нарушающие его адаптивную деятельность. Чуждость Я

является важным признаком, отличающим психоневротические расстройства от характерологических. Если при психоневрозе фундаментальная функция Я проверки реальности остается практически невредимой, то при психозах она подвергается существенным искажениям. Неповрежденной при психоневрозе остается и такая важная функция Я, как сдерживание влечений, утрачиваемое индивидом при расстройствах перверсного и импульсивного типов.

Психоневротические нарушения могут сочетаться с расстройствами характера, парафилией, пограничными состояниями, патологическим нарциссизмом и психотическими расстройствами. В типичных случаях в основе психоневротической симптоматики лежат выраженные расстройства характера: истерические симптомы чаще встречаются у демонстративных личностей, обсессивные — у обсессивно-компульсивных и т.п. Психодинамика хорошо защищенных Я-синтоными механизмами защиты характерологических проявлений может не выявлять никаких психоневротических симптомов, однако при частичном ослаблении таких механизмов незамедлительно возникает соответствующая симптоматика.

Психоневроз возникает в результате усиления конфликта между сексуальными и агрессивными влечениями или их производными и, как таковой, является попыткой контролировать и ограничить влечения. Борьба с влечениями отражает, как правило, не какие-либо реально воздействующие на индивида ситуационные влияния, а противостояние бессознательных фантазий и воспоминаний, исходящих из детских переживаний опасности, которая возникает в типичные моменты психосексуального развития, с одной стороны, и чрезмерно грубых и даже жестоких иерархических проявлений Сверх-Я — с другой. Первичный конфликт, активизируясь и повторяясь все чаще и чаще в виде актуальных переживаний, оживляет бессознательные фантазии, связанные, как правило, с эдиповым комплексом. В этих новых для себя условиях Я реагирует сигнальной тревогой, стимулирующей процессы вытеснения и другие механизмы психологической защиты. Поскольку, однако, постоянная энергетическая заряженность неудовлетворенных желаний остается неустранимой, а защита перестает справляться со стоящими перед

ней задачами, происходит *возвращение вытесненного материала*, который проявляется в виде психоневротической симптоматики. Анализ показывает, что психоневротические симптомы представляют собой компромиссное образование, состоящее из: а) скрытых “замаскированных” проявлений, отражающих наличие запретных сексуальных и агрессивных влечений; б) защиты, направленной против таких влечений, а также “карательных” представлений, исходящих из сферы Сверх-Я. Кроме того, симптомы психоневроза нередко отрицают потребность в симпатии и внимании. Симптоматическое компромиссное образование концентрирует в себе стремление Я интегрировать противоположные цели Оно, Сверх-Я с требованиями, исходящими из реального социума. Возможность существования столь сложных психических конструкций иллюстрирует принцип множественности функций Я, описанный Вельдером (1936) и указывающий на адаптивную направленность деятельности Я.

Различные типы психоневроза характеризуются соответствующими типами фиксации на различных уровнях раннего развития либидо (то есть на тех уровнях, к которым регрессирует психика) в результате фрустрации или конфликта. При этом “выбор психоневроза” зависит от репертуара соответствующей регрессии защитных механизмов Я. Изначально Фрейд подчеркивал лишь регрессию либидо. Позже, однако, он вынужден был признать, что “податливость” лиц, страдающих психоневрозом, зависит также и от изменчивости агрессивных влечений и степени зрелости индивида на момент возникновения травмы, “запускающей” конфликт. Здесь, наряду с психологическими, немаловажную роль играют биологические детерминанты, а также факторы приобретенного в течение жизни опыта.

Возникновение и бурное проявление психоневротических симптомов возможны в ответ на возрастание влияния “отраженных” влечений, особенно в пубертатном и климатерическом возрасте, а также в ситуациях соблазна. В таких случаях наблюдается существенное ослабление защитных процессов и появление тревоги либо чувства вины, предвещающих появление остальной симптоматики.

Первым типом невроза, изученным Фрейдом, являлся так называемый *актуаль-*

ный невроз, возникающий в результате неудовлетворительной половой жизни. Этот тип невроза Фрейд четко отграничивал от истинных психоневрозов; последние, по его мнению, основываются на интрапсихических конфликтах, порождаемых ранними детскими фантазиями и психическими травмами. В некоторых случаях, однако, оба типа неврозов могут существовать одновременно и тогда, согласно Фрейду, их дифференциация не представляется возможной.

В настоящее время различие между понятиями *невроз* и *психоневроз* все больше стирается и оба термина часто используются как взаимозаменяемые. По Фрейду, истерия, фобии и невроз навязчивых состояний следует относить к категории *неврозов переноса*, поскольку пациенты с подобными нарушениями весьма охотно и без существенных затруднений воспроизводят детские травматические переживания именно в ситуации переноса. Больные, страдающие меланхолией или шизофренией, менее способны к формированию зрелых объектных отношений, а потому при анализе не могут столь адекватно отразить детские конфликты. Такие состояния Фрейд обозначал понятием *нарциссические неврозы*.

В культурах и субкультурах с жесткими традициями психоневротические расстройства зачастую интерпретируются в религиозно-идеоматической терминологии — одержимости демонами и т.д. Здесь нередко эффективными оказываются ритуальные методы исцеления, осуществляемые шаманами, священнослужителями или религиозными общинами.

См. актуальный невроз, депрессия, истерия, конфликт, навязчивость, нарциссизм, пerversия, пограничные личностные расстройства, психоз, симптом, тревога, фобия, характер, Я-дистонность.

[15, 203, 225, 290, 851]

ПСИХОСЕКСУАЛЬНОЕ РАЗВИТИЕ (PSYCHOSEXUAL DEVELOPMENT)

Работы Фрейда, посвященные концепции развития, основаны на его опыте исследования возникновения и дальнейшей ди-

намике невротических симптомов и характерологических нарушений в последовательных фазах становления либидинозных влечений. Фрейд обнаружил, что ранние фазы, названные им *инфантильной сексуальностью*, связаны с катексисом либидо определенных эрогенных областей тела — оральной, анальной и фаллической. При этом каждая последующая фаза развития индивида доминирует над предыдущими. Чувственный компонент переживаний, исходящих из либидинозных зон, связан с приятными ощущениями и типичной активностью ребенка: с актами сосания, жевания или кусания в *оральный период*; опорожнением кишечника или сдерживанием кала в *анальный период*; и, наконец, манипулированием гениталиями (инфантильная мастурбация) — пенисом или яичками у мальчиков и половыми губами у девочек — в *фаллической фазе*. Уретральный эротизм охватывает позднюю оральную, полностью анальную и раннюю фаллическую стадии.

Телесная активность ребенка и получаемые им приятные ощущения сопровождаются соответствующими каждой стадии фантазиями, а также конфликтами с родителями или значимыми для ребенка лицами из близкого окружения. В фаллический период начинают сказываться анатомические различия между мальчиками и девочками. Современные исследования показывают, что осознание ребенком этих различий проявляется уже в 15—19-месячном возрасте. До наступления фаллической фазы формируются страх кастрации и зависть к пенису. В целом можно сказать, что догенитальная сексуальность играет важнейшую роль в развитии невротических симптомов, черт и нарушений характера, а также девиантной сексуальности. В фаллической фазе — в возрасте от двух до пяти с половиной лет — интенсивные влечения, объектные отношения, конфликты и фантазии ребенка фокусируются на фигурах родителей или на замещающих их объектах. На поздних стадиях фаллической фазы — *фаллически-эдиповой* — на передний план выступает эдипов комплекс. Если ребенку удается правильно идентифицировать себя с родительской фигурой того же пола, эдипов комплекс, как правило, разрешается. От успешности такого разрешения,

а также от влияния некоторых других догенитальных и послеэдиповых факторов зависит дальнейший выбор индивидом своего объекта любви, то есть гомо- или гетеросексуального типа влечений.

Фрейд полагал, что различия раннего психосексуального развития у мальчиков и девочек до момента разрешения эдипова комплекса минимальны. Однако современные исследования показывают, что подобный взгляд требует основательного пересмотра. Установлено, что, помимо процессов идентификации, установление половой принадлежности ребенка зависит от взаимодействия биологических факторов и специфической поддержки со стороны родителей, включая их ожидания в отношении ребенка и бессознательные фантазии. В фаллической фазе осознание половых различий все более усиливается. У детей проявляется интерес к обнаженному телу, любопытство к лицам противоположного пола, желание рассматривать чужие (скопофилия) и обнажать свои (эксгибиционизм) гениталии. У девочек особенно отчетливо проявляется чувство неадекватности собственных гениталий, зависть к пенису и признаки соперничества с мальчиками. У мальчиков преобладающим становится страх кастрации.

По завершении формирования эдипова комплекса, в начале шестого года жизни, наступает период относительного сексуального «затишья». В этот период, называемый *латентным* (6—7-й годы жизни) происходит пубертатная перестройка гормональных систем и подготовка к стадии подросткового возраста. После пубертатных изменений, когда генитальная область тела приобретает доминирующее значение, чувственные потребности раннедетского периода трансформируются в подростковую сексуальную активность. Если в этом возрасте обнаруживаются не полностью изжитые остатки детской сексуальности, зрелая генитальная сексуальность может оказаться либо заторможенной, либо искаженной. Кроме того, психические дериваты ранней сексуальности нередко способствуют образованию невротической симптоматики или характерологических нарушений. С другой стороны, благодаря сублимации остатки инфантильной сексуальности могут послужить необходимым толчком на пути к достижению социальных, профессиональных и творческих успехов.

См. *анальность, генитальность, детская сексуальность, оральность, подростковый возраст, половая принадлежность, сублимация, фаллос.*

[119, 255, 340, 374, 844]

ПСИХОСОМАТИЧЕСКИЕ СОСТОЯНИЯ (PSYCHOSOMATIC CONDITIONS)

Группа состояний, при которых психологические факторы (фантазии, представления и др.) играют ключевую роль в этиологии, формировании, развитии и исходе различных заболеваний. По мнению Александра, к классическим психосоматическим состояниям следует относить семь заболеваний: пептическую язву, бронхиальную астму, язвенный колит, ревматоидный артрит, артериальную гипертонию, нейродермит и гипертиреоз. К этому первичному списку, однако, можно добавить многие другие состояния и заболевания. Для каждого из этих расстройств характерны свои особые психологические конфликты, поэтому базисной для всех психосоматических состояний и заболеваний является концепция "специфичности".

Несмотря на то, что термин *психосоматические состояния* является общепринятым, нередко его используют неправомерно, при этом само понятие страдает определенными неточностями. Более четким представляется определение, сочетающее понятия *психосоматических* и *соматопсихических* состояний. Такое сочетание отражает активное взаимодействие психологических и соматических факторов, проявляющееся в виде комплексного и системного эффекта на различных уровнях организма. Согласно *биопсихосоциальной модели* Энджела, наряду с психологическими и физиологическими факторами в формировании психосоматических состояний немаловажную роль играют и социальные воздействия.

См. *невроз органов.*

[19, 183, 184]

ПСИХОТЕРАПИЯ (PSYCHOTHERAPY)

В буквальном понимании — психологическое лечение. Термин *психотерапия*

обозначает произвольный метод, используемый профессионально обученными терапевтами для лечения любых расстройств, независимо от их происхождения. В более узком смысле термин *психотерапия* применяется ко всему спектру психических заболеваний, независимо от их выраженности, а также к соматическим расстройствам, обусловленным влиянием психологических факторов, и/или нарушениям адаптивного поведения (если при этом пациент активно ищет помощи).

Всякое принудительное лечение является нарушением прав человека. Поэтому психотерапевтическое лечение может осуществляться лишь при условии добровольного согласия пациента. В сущности, психотерапевт использует методы, основанные на общении и взаимодействии (вербальном и невербальном) с пациентом. Основной целью психотерапии является достижение специфических изменений, сдерживание, подавление или противодействие патологическому процессу, препятствующему нормальной деятельности индивида или его развитию. В исторической перспективе при психотерапевтическом лечении использовались такие методы, как разъяснение, подбадривание, поддержка, разубеждение, перевоспитание, внушение, гипноз и коррекция поведения. При столь широком спектре воздействий в качестве одной из форм психотерапии следует рассматривать и психоанализ, хотя при этом имеются и существенные различия, позволяющие разграничить психотерапию и психоанализ. Наряду с другими психотерапевтическими методами, психоанализ отличается большей частотой и интенсивностью лечебного воздействия, "тематичностью" и четкостью выводов о процессах переноса, широтой понимания и точностью определения патологических и патогенетических механизмов и т.д.

К *психоаналитической психотерапии* (иногда обозначаемой как *инсайт-терапия*) принято относить более очерченные, ограниченные формы воздействия на пациентов, основанные на определенных достижениях психоаналитической теории и техники. Термином *поддерживающая терапия* обозначают систему воздействий, направленных либо на прямую поддержку (подбадривание или увещание), либо на создание с помощью косвенных методов "опоры" для личностных сил, ресурсов и возможностей пациен-

та. *Экспрессивная психотерапия* призвана облегчать осознание и вербализацию ранее вытесненных или подавленных представлений и аффектов. *Супрессивная терапия*, напротив, направлена на сдерживание пациентом чрезмерно "разрушительных, с его точки зрения, феноменов и переживаний". Целью *интеракционной терапии* является лечебное использование взаимодействия между терапевтом и пациентом без сопутствующего анализа и объяснения факторов переноса. Ее эффективность можно сравнить с положительным воздействием обычной психологической поддержки со стороны друзей и близких.

См. анализ, аналитическая терапия, перенос, психоанализ.
[84, 496, 743, 862]

ПСИХОТИЧЕСКИЙ ПРОЦЕСС (PSYCHOTIC PROCESS)

Понятие, обозначающее динамические силы, приводящие к клиническим проявлениям психоза; такие силы, однако, могут играть определенную роль и при формировании выраженных характерологических расстройств, отчасти сходных с психотическими, но не обнаруживающих в своей структуре нарушения функции испытания реальности (Frosch, 1983). Наиболее отчетливые признаки психотического процесса выявлены благодаря исследованиям, проводимым в трех следующих направлениях: изучения природы конфликта и тревоги; природы защиты; нарушений функций Я и соответствующих этим нарушениям состояний Я.

Основной угрозой, исходящей от психотических состояний, является "расслоение" и дезинтеграция личности. Такая угроза, связанная с утратой чувства идентичности с собой, приводит к возникновению диффузной, пронизывающей все естество, неспецифической *базальной тревоги*. Поначалу подобная тревога проявляется на биологическом, неидеационном уровне. Вскоре, однако, она связывается с представлениями и мыслями о наличии угрозы для жизни. Базальная тревога отражает и воспроизводит чувство беспомощности, свойственное ранним стадиям психического развития, когда ребенок еще не способен совладать с

захватывающим его внутренним напряжением. Для человека, страдающего психотическими расстройствами, опасность остаться и существовать в недифференцированном состоянии либо подвергнуться личностной дезинтеграции становится весьма реальной. Пытаясь преодолеть базальную тревогу, Я может привлекать различные регрессивные способы самозащиты, включая интроективно-проективные реакции, проективную идентификацию, фрагментацию, расщепление и отрицание. Подобные способы защиты (при углубляющейся регрессии) еще более увеличивают опасность утраты Самости.

Третьим признаком (наряду с тревогой и защитой) психотического процесса является нарушение функций и состояний Я. В норме Я выполняет роль посредника между требованиями реальности, Оно и Сверх-Я. В психотическом состоянии исходящие из области Оно фантазии и побуждения могут проникать в сферу Я. В результате нарушаются отношения с объектами любви и реальностью (включая чувство и проверку реальности). Характер и уровень объектных отношений непосредственно связаны с психической реальностью. Поэтому примитивизация объектных отношений или регрессия к архаическим формам их проявления являются основополагающими в развитии психоза.

В наиболее выраженных случаях большой может регрессировать к дообъектному уровню недифференцированного психического развития, то есть к уровню первичного нарциссизма, особенно ярко проявляющегося при шизофрении. Разрыхление связей внутри Я затрудняет процессы ограничения Самости от не-Я, человеческих объектов от нечеловеческих. В результате еще более усиливаются тревога и интернализация проверки реальности, относительно не затронутыми остаются лишь наиболее ранние элементы проверки реальности, основанные на образах родителей и на Сверх-Я. Пациенты с психотическими расстройствами не способны доверять собственному восприятию, а потому нуждаются в постоянном его подкреплении и подтверждении.

Многие исследователи считают, что психотическая симптоматика связана с процессами, противоположными дифференциации отдельных психических структур. Проникая в область Я, дериваты либидинозного и аг-

рессивного влечений, исходящих из сферы Оно, нарушают основные функции Я и его адаптацию во всех областях деятельности индивида. Многие функции Я, прежде всего мышление, чувства и поведение, находятся под влиянием первичного процесса. Отсутствие необходимой их дифференциации оказывает существенное воздействие и на функции Сверх-Я. У некоторых больных Сверх-Я не достигает той степени деперсонификации, которая характеризует развитие зрелого индивида. Архаические и регрессивные “предшественники” Сверх-Я обнаруживают себя в виде качественных отклонений психики, все более уходящих (или уводящих) в процессы экстернализации и проекции. “Прорыв” побуждений сопровождается реакциями по типу “чрезмерной критичности” или, наоборот, “бесчувственности”, а также несоразмерными чувствами вины и депрессией.

Психозы характеризуются различными регрессивными состояниями Я — расстройствами сознания по типу “океанического чувства”, ощущением “растворения в космосе” и такими нарушениями, как чувство нереальности происходящего, деперсонализация, отчуждение и расщепление. Психическая и материальная реальность отрицается, а затем претерпевает аллопластическую трансформацию, заменяясь “новой” реальностью, построенной на основе аутистической активности больного. Исходом рассмотренных процессов является Я-синтонная адаптация, которая, однако, не позволяет целесообразно действовать в окружающем мире, поскольку основывается на таких расстройствах восприятия, как галлюцинации и бред.

См. дефект Я, дифференциация, защита, реальность, реституция, структурная теория, тревога.

[37, 70, 329, 331, 332, 416, 448, 452]

ПСИХОТИЧЕСКИЙ ХАРАКТЕР (PSYCHOTIC CHARACTER)

Понятие, отражающее нарушения характерологических структур, которые в качественном отношении могут быть оценены как достаточно специфические и хорошо распознаваемые расстройства, дополняющие группу *невротических характерологи-*

ческих нарушений. В широком смысле синонимом психотического характера является понятие *пограничная личность*.

Как и при невротическом характере, элементы интрапсихического конфликта кристаллизуются в своеобразную характерологическую структуру, отличающуюся собственными (предсказуемыми) способами адаптации и реагирования на стрессовые ситуации. Хотя индивид с проявлениями психотического характера может не обнаруживать истинных психотических расстройств, его способы реагирования (уровень тревоги, нарушения отдельных функций) могут напоминать таковые при психотических состояниях. В некоторых случаях могут проявляться и настоящие психотические симптомы, которые, однако, всегда обратимы и кратковременны. В целом можно утверждать, что большинство индивидов с психотическим характером в своей жизни так и не выявляют психотической симптоматики.

Одним из важнейших признаков психотического характера является склонность пациентов к регрессии и утрате границ между собой и объектами внешнего мира. При этом обнаруживается способность к полному восстановлению поврежденных функций. Объектные отношения индивида с психотическим характером устанавливаются на более инфантильном уровне по сравнению со здоровыми людьми и лицами с невротическим характером. В отличие от психотических расстройств, нарушения по типу невротического характера не сопровождаются полными расстройствами чувства, проверки и отношения к реальности.

Термин *психотический характер* не следует использовать для обозначения переходных фаз на пути к формированию истинного психоза. Этот термин применим лишь по отношению к тем индивидам, которые обнаруживают специфические признаки, являющиеся составной частью целостной структуры характера.

См. пограничные личностные расстройства, психоз, функции Я, характер.

РАБОЧЕЕ Я (WORK EGO)

См. теория Винникотта.

РАБОЧИЙ АЛЬЯНС (WORKING ALLIANCE)

См. *терапевтический союз*.

РАЗВИТИЕ (DEVELOPMENT)

Поступательный процесс, при котором структуры и функции, определяющие личность человека, постепенно эволюционируют от биологического созревания индивида к его взаимодействию со средой. Такое взаимодействие осуществляется на основе генетически обусловленных последовательных этапов развития и реализации врожденных возможностей, а также при содействии внешних влияний и приобретенного индивидуального опыта. В психоаналитической терминологии применяется для специального обозначения процессов роста и созревания, непосредственно связанных с взаимодействием с внешним миром и способствующих формированию основных психических структур — Оно, Я и Сверх-Я. При этом термин *созревание* относится к процессам физического и психического роста, основанным на врожденных генетических возможностях организма и независимым от влияний внешней среды. В последнее время, однако, этот термин утратил свою четкость, поскольку доказано, что взаимодействие со средой играет важную роль как в развитии, так и в созревании.

В психоанализе понятие развития изучалось с различных точек зрения, в частности, с позиций *моделей развития*, предложенных отдельными авторами. Пожалуй, одной из наиболее известных остается психосексуальная модель Фрейда (1905). Согласно предложенной им схеме, развитие ребенка проходит через ряд последовательных стадий (оральную, анальную и фаллическую) формирования либидиозных влечений; становление каждой из этих стадий связано с определенными областями тела и соответствующим чувственным вознаграждением органов, принадлежащих этим областям. С позиций классического психоанализа наиболее важным для развития является объект. Однако многие из исследователей этой проблемы опираются на другие феномены, рассматривая стадии

развития с точки зрения реакций ребенка на стабильность психологического образа матери, развития Я и Сверх-Я. Основными из этих функций являются: индикаторная и организующая (Шлиц), сепарации-индивидуации (Малер) и линий развития (А. Фрейд). Сходные попытки предпринимались в направлении изучения стадий развития Самости, половой принадлежности и чувства реальности. Эти попытки, однако, недостаточно четко обоснованы, а потому не получили всеобщего признания.

Общей для всех схем является идея предсказуемой последовательности процесса развития. Отдельные этапы такого процесса определяются как *стадии* или *фазы*. Концепцию психосексуального, или либидинозного, развития и схему сепарации-индивидуации принято описывать с помощью фаз, хотя четких разграничений между понятиями *стадия* и *фаза* в упомянутых концепциях, в сущности, нет. Оба понятия соотносимы с периодами нормального развития, каждый из которых характеризуется специфическими структурами, санкциями и определенными наборами поведенческих проявлений. Элементы каждой стадии неразрывно связаны и дополняют собой аналогичные элементы предыдущей стадии, при переходе в следующую фазу реорганизуются и объединяются с "вышележащими". Хотя первую схему развития Фрейд предложил в терминах либидо, в 1938 году он выразил сомнение в четкой последовательности стадий развития либидо. Он был вынужден признать, что стадии могут перекрывать друг друга, а поведение, характеризующее одну стадию, может наблюдаться и в другой. Современные исследования поставили под вопрос правомерность не только модели в целом, но и отнесенности к стадиям отдельных личностных проявлений (Pine, 1985; Stern, 1985).

Стадии развития либидо, объектных отношений, личностного смысла и основных структур необходимо отличать от *стадий жизненного цикла*, то есть наиболее общих сочетаний физических и психических свойств, распределенных в различные периоды времени по разным точкам спектра, состоящего из зависимости/независимости и адаптации к основным жизненным задачам и обязанностям. Стадии подразделяются на *младенческую* (0—3 года), *раннедетскую* (3—6 лет), *ла-*

тентную (6—12 лет), подростковую (12—18 лет) и зрелую. Перечисленные стадии имеют свои градации, а термином *младенческий* в литературе часто объединяют возраст от первого до пятого года жизни.

Среди моделей и теорий развития следует выделить концепцию *линий развития*, разработанную А. Фрейд (это словосочетание особенно часто употреблял З. Фрейд). С ее точки зрения, для оценки личности ребенка требуется гораздо больше того, что дают изолированные подходы, такие, как развитие либидо или интеллекта. Для полного понимания комплексного процесса, каковым является развитие, А. Фрейд предложила метафорическое описание отдельных поведенческих сочетаний (кластеров) в виде структурных единиц и их “линейных” траекторий. С этих позиций ей удалось представить развитие в терминах отдельных предсказуемых, сцепленных и взаимосвязанных, перекрещивающихся и развертывающихся линейных рядов. При этом определяющие личность поведенческие кластеры представляют собой комплексы сцепленных психических структур — Оно, Я и Сверх-Я — с динамическими, адаптивными и генетическими факторами. С точки зрения А. Фрейда, подобное взаимодействие влечений, Я и Сверх-Я со средой отражается в отдельных последовательностях некоторых частей детской личности. В совокупности эти последовательности раскрывают картину успехов или неудач на пути развития человека. Типичными линиями, к примеру, являются: “от зависимости через эмоциональную уверенность в себе к объектным отношениям”, “от безответственности к ответственному управлению собственным телом”, “от тела к игрушке, от игры к труду”.

Поскольку линии развития рассматриваются как врожденные способности, существующие вне Я и Оно, их общую согласованность и взаимодействие пришлось вводить в качестве постулата. Вместе с тем А. Фрейд подчеркивала, что развитие линий не всегда является равномерным, а потому в структуре личности можно выявить скрытые нарушения и несоответствия. Подобные нарушения являются результатом взаимодействий внутри сложнейшего клубка внешнесредовых, конфликтных, защитных и регрессивных факторов, а также зависят от степени зрелости индивида.

См. *метапсихология, объект, психосексуальное развитие, структурная теория, теория либидо.*

[231, 233, 256, 324, 814, 845]

РАЗВИТИЕ Я (EGO DEVELOPMENT)

В соответствии с современными теоретическими представлениями психический аппарат при рождении индивида находится в недифференцированном состоянии, а возможности развития Я и Оно детерминированы наследственными и конституциональными факторами. В значительной степени развитие зависит также от взаимодействия ребенка и окружения. Определенные события отражают развитие Я и проявляются не только во внешнем поведении, но и в психических состояниях.

На ребенка устремляется поток внешних стимулов, которые, если не задерживаются стимульным барьером, могут быть для него невыносимыми. В физиологическом отношении младенец менее чувствителен к боли и другим стимулам, чем взрослый индивид. Прimitивное состояние Я также помогает ребенку оградить себя от осознания неприятных стимулов, возникающих как изнутри, так и снаружи. Способность отграничивать приятное от неприятного существует чуть ли не с момента рождения, и этот опыт откладывается в следах памяти. Постепенно на основе соединения этих следов строится образ тела. Источником для этого построения служат отчасти физиологические процессы, отчасти — поддержка со стороны первого эмоционально заряженного объекта, матери. Психические репрезентации других людей поначалу фрагментарны: грудь, лицо, руки и тепло тела репрезентируют мать. Репрезентации Самости и объекта плохо дифференцированы; даже в зрелом возрасте они остаются несколько расплывчатыми и взаимозаменяемыми.

Удовлетворение матерью физиологических потребностей младенца приводит к появлению соответствующих следов памяти, которые реактивируются в представлении об исполнении желаний, когда мать, как это неизбежно бывает, не способна немедленно удовлетворить потребности. Этот прогресс от восприятия потребности до психического состояния удовлетворения,

даже если потребность на самом деле не была удовлетворена (например, при галлюцинаторном исполнении желаний), имеет антиципирующее качество условного рефлекса, но также является первой формой фантазии и мышления. Мать вступает в контакт со своим ребенком, распознавая значение его двигательной активности и эмоций; такое ее понимание и реакции на эти довербальные сигналы создают примитивную аффективно-моторную форму коммуникации между ними. Степень удовлетворения в этом взаимообмене способствует развитию способности к эмпатии в дальнейшей жизни, а также других черт характера. Ребенок улыбается в ответ на улыбку матери, и такая имитация является предшественником последующих процессов идентификации, основой дальнейшего развития Я.

Ребенок ассоциирует повторяющиеся переживания удовольствия и боли с человеческим существом, прежде всего с матерью. Он начинает воспринимать мать как отдельного индивида в конце первого года жизни. Вначале ее отсутствие вызывает ощущение дискомфорта, сопровождающееся страхом сепарации, а присутствие посторонних людей пугает ребенка (страх незнакомца). Эти феномены знаменуют важные стадии развития Я. Начинают появляться объекты; воспоминания отделяются от текущего восприятия; развиваются предшественники защиты от болезненной стимуляции. В своем примитивном функционировании Я следует модели телесных функций: психика интроецирует (то есть «вбирает в себя», как при кормлении) все, что приятно и удовлетворяет потребности, и стремится избежать или оградить себя от осознания того, что является вредным и неприятным, или отвергает, удаляет или экстернализирует впечатления, которые неизбежно воспринимаются.

Со второй половины первого года жизни и до трехлетнего возраста ребенок проходит стадию, описанную Малер как *сепарация-индивидуация*. Выработывается психическое понимание Самости, существующей отдельно от объекта. На протяжении второго года жизни у ребенка развивается способность оставаться в одиночестве. С этих пор он не нуждается в постоянном присутствии матери, поскольку она, так сказать, становится частью его личности: константность объекта

получает свое представительство в психике ребенка. Константность объекта и взаимные удовлетворительные объектные отношения оказывают значительное влияние на развитие Я, и наоборот. Однако пресыщение по-прежнему приводит к слиянию репрезентатов Самости и объекта и к возврату к психическому состоянию, сходному с ранним единением с матерью. С другой стороны, депривация усиливает ощущение сепарации. Если мать не обеспечивает ребенка оптимальным уровнем удовлетворения влечений и фрустрации потребностей и не подкрепляет развитие его психики, то индивидуация и развитие чувств Самости и идентичности нарушаются. То есть сама идентичность индивида отчасти детерминирована уровнем удовлетворения влечений другими людьми, особенно матерью и отцом. Конфликты, связанные с подобного рода удовлетворением, могут препятствовать или облегчать идентификацию с родителем того же пола. Все люди обладают смешанными мужскими и женскими качествами, проистекающими из идентификации с обоими родителями.

В ранней жизни ребенок не может знать, насколько он беспомощен; его потребности удовлетворяются словно по волшебству и еще не отделены от него самого; все происходит так, будто ребенок всемогущ. Позже, когда появляется осознание собственной обособленности и беспомощности, ребенок наделяет всемогущем своих родителей и идеализирует их. Когда же ребенок понимает степень своей зависимости от других, он начинает стремиться к тому, чтобы его любили, и ради этого готов отказаться от удовлетворения некоторых своих желаний — предшественник способности давать и принимать любовь. Это знаменует начало перехода от пассивности к активности, чему способствует развитие моторных навыков, благодаря которым ребенок получает возможность овладевать окружающим миром.

Развитие речи в середине второго года и ее становление на третьем—пятом годах жизни сопровождается большим прогрессом процессов мышления. Первичный процесс мышления замещается вторичным; последний, однако, еще долгое время остается довольно хрупким. Во многих ситуациях свое влияние по-прежнему оказывает магическое и всемогущее мышление. Благо-

даря психическим репрезентантам интроецериванных объектов достигается определенный контроль над побуждениями. Однако ребенок по-прежнему продолжает действовать скорее из страха перед наказанием и желания заслужить любовь, чем под влиянием чувства вины или исходя из собственного мнения. То и другое возникают лишь постепенно, достигая максимума своего развития тогда, когда происходит отказ от эдиповых желаний и у ребенка развивается идентификация с отцом (у мальчика Сверх-Я формируется в результате разрешения эдипова комплекса).

После эдипова периода и формирования Сверх-Я возникает стадия ослабления сексуальных проявлений, длящаяся примерно с шестого года жизни до пубертата (латентный период). Реорганизация защитной структуры Я, достигаемая отчасти благодаря развитию Сверх-Я, ставит инстинктивные влечения под более надежный контроль; они становятся менее деструктивными для Я, выполняющего задачу стабилизации аффектов. Психика все более ориентируется вовне; учителя и наставники становятся объектами для эдиповых смещений и идентификаций. Мышление становится менее эгоцентричным, менее персонализированным и более конкретным; рациональное мышление и фантазии все более отделяются друг от друга. Благодаря воздействию культуры и воспитания создается возможность для сублимации и интеллектуального роста, поведение становится более устойчивым, а привычные способы реагирования превращаются в черты характера.

В процессе развития функций Я дифференциация Самости и мира объектов обеспечивается константностью объектов и, наконец, в подростковом возрасте — способностью к объектной любви. Объектная любовь требует отказа от инфантильных объектов и чрезмерной любви к себе (нарциссизма). Если окружение является достаточно благоприятным, то индивид овладевает реальностью, учится объективно мыслить, становится все более автономным и способен эффективно регулировать влечения. Совершенствование специфических функций Я продолжается и в зрелом возрасте, когда способности индивида любить, работать и адаптироваться к окружающему внешнему миру достигают максимума.

См. адаптация, активность/пассивность, защита, психический аппарат, психосексуальное развитие, развитие, реальность, функции Я, характер, Я.

РАППОРТ (RAPPORT)

Состояние сознательного, гармоничного контакта, основывающегося на симпатии и взаимности между двумя (или более) людьми. Слово “раппорт” заимствовано Месмером из современной ему физики. В своих опытах Антон Месмер пытался построить цепь касающихся друг друга людей, передающих электрические заряды, вырабатываемые динамо-машиной. Используя термин *раппорт*, Месмер пытался описать процесс “настройки” на “волну” пациента, на его “животный магнетизм”.

Понятие *раппорта* расширено П. Жане (1924); им приводятся наблюдения за гипнотизированного пациента, долгое время находящегося под постоянным суггестивным влиянием гипнотизера. Словом “раппорт” Фрейд (1905) обозначал описательный процесс, при котором за гипнотизированным пациентом исключается все, что исходит из внешнего мира, сохраняя контакт лишь с гипнотизером (с. 295). При этом отмечаются встречные сексуальные тенденции, возникающие между гипнотизером и пациентом. В 1914 году Фрейд описывал раппорт как прототип переноса (с. 12) и советовал терапевтам устанавливать с больными истинный раппорт лишь “после образования эффективного переноса” (1913, с. 139). Найт (1972) описывал раппорт в качестве оптимального уровня переноса, необходимого для продуктивной терапевтической работы.

См. контрперенос, перенос.
[179, 255, 275, 281, 302, 459, 510, 575, 603]

РАССТРОЙСТВА ПОБУЖДЕНИЙ (IMPULS DISORDERS)

Более точным является термин *расстройство контроля над побуждениями*, определяющий разнородную группу состояний, представляющих собой нарушение

нормальной психической деятельности, при котором происходит ослабление сдерживающих механизмов, контролирующих проявления примитивных побуждений. При относительном (частичном) ослаблении контроля вытесненные примитивные побуждения проявляются в виде минимальных нарушений вследствие отыгрывания.

Способность к контролю над побуждениями может нарушаться как психическими, так и органическими факторами. Неорганические расстройства побуждений делятся на две группы: *симптоматические* и *характерологические*. К первой группе относятся клинические проявления специфических импульсивных, относительно изолированных и часто повторяющихся действий: простые импульсивные действия, невроз побуждений, сексуальные расстройства (перверсии), катетимные кризы, а также преходящее эксплозивное (возбудимое) поведение. Характерологические расстройства побуждений, "одежный побуждениями характер", определяются как "пропитывание" личности всевозможными побуждениями, приводящими к неорганизованному импульсивному поведению.

Общими для большинства нарушений контроля над побуждениями являются: некоторое искажение самих побуждений, синтонность Я (то есть созвучность, приемлемость Я) и компонент удовольствия. Поскольку при этом типе нарушений сексуальные и агрессивные желания накапливаются в меньшей степени, чем при классической невротической симптоматике, импульсивные проявления и действия менее понятны как для самого пациента, так и для наблюдателя. Примером этого могут служить вычурность и навязчивость истерических проявлений.

Если импульсивное поведение используется в качестве защиты, оно (в силу незначительного искажения аффектов) не способно существенно изменить сами побуждения: так, злость и раздражительность преобразуется в созвучное состояние агрессии, сексуальный "голод" — в половой акт и т.д. Более того, в момент совершения действий индивид может воспринимать побуждение как гармоничное с его сознательным состо-

янием и целями, хотя позже он же будет критиковать себя за "сиюминутную слабость" или "сиюминутное удовольствие". Иначе обстоит дело у лиц, страдающих навязчивостями, в этом случае принудительный характер осуществления побуждений не имеет ничего общего с удовольствием.

В целом можно сказать, что лица, страдающие расстройствами контроля над побуждениями (исключая органическую природу болезни), фиксированы на догенитальной и довербальной стадии развития, а недостаточная способность выносить фрустрацию влечений является, как правило, результатом идентификации с родительскими объектами, не сумевшими обеспечить ребенка адекватными моделями развития контроля Я и нормами и запретами Сверх-Я. И если расстройства контроля над побуждениями охватывают всю личность, могут возникнуть выраженные характерологические нарушения. Лица с такими нарушениями, как правило, инфантильны, незрелы и подвержены разного рода проявлениям напряженности и тревоги. Они не выносят фрустрацию, не способны оценить неадекватность собственного поведения и склонны реагировать возбуждением в ситуации депривации.

Хотя расстройства контроля над побуждениями и отыгрывания сходны в своих поведенческих проявлениях, их необходимо различать — прежде всего в терапевтических целях. Первый тип нарушений связан исключительно с недостаточностью самого контролирующего аппарата. В отличие от него, отыгрывание представляет собой более высокий уровень развития, при котором действия связаны с организованными и четкими фантазиями, содержание которых отбрасывается и не осознается. При лечении лиц с расстройствами контроля над побуждениями необходимо учитывать прежде всего их недостаточное умение сдерживать ответную реакцию на побуждение. При отыгрывании требуется более активный подход, использующий выяснение побуждений, их противопоставление и интерпретацию.

См. инстинктивные влечения, отыгрывание, фиксация.

[330, 366, 619, 654, 739]

РАССТРОЙСТВА ПОЛОВОЙ ИДЕНТИЧНОСТИ (GENDER IDENTITY DISORDER)

См. *транссексуализм*.

РАСЩЕПЛЕНИЕ (SPLITTING)

Термин, обозначающий разъединение психологических представлений в соответствии с их противоположными качествами. В процесс расщепления вовлекаются прежде всего представления, связанные с переживаниями, составляющими основу восприятия себя и объектов. Этот гипотетический процесс приписывается сфере Я и может быть как адаптивным, связанным с развитием индивида, так и патологическим.

Расщепление принято рассматривать как процесс, играющий важную роль в нормальном развитии и организации психической жизни. Предполагается, что в период младенчества и раннего детства, когда психологический опыт находится еще в недостаточном (или абсолютно) недифференцированном состоянии, а проявления напряжения не столь постоянны, расщепление облегчает дальнейшую их дифференциацию в соответствии с уровнем напряженности. В этом отношении расщепление осуществляет примитивные регуляторные функции стабилизации равновесия и формирования барьера стимулов. В более позднем возрасте, когда состояния напряженности усиливаются фрустрацией, расщепление — теперь уже в качестве активного, но по-прежнему автоматического процесса — способствует разграничению основных переживаний, связанных со способами удовлетворения потребностей ребенка. В результате укрепляются связи между представлениями и вырабатываются идеационные категории себя и объекта. И наконец, когда целостные структуры личности и объектов выходят за рамки простого удовлетворения потребностей, расщепление приходит на помощь защитным механизмам; становясь активным и избирательным, оно способствует теперь дифференциации отдельных переживаний “вдоль заложенных линий разграничения” и проявлений тревоги, сопровождающих процессы синтеза.

В ходе развития значение расщепления, ранее облегчавшего организацию психической жизни, становится все более ограниченным, а само расщепление сочетается с такими процессами, как вытеснение. Теперь оно проявляется в структуре патологических состояний либо состояний адаптации к стрессу.

Защитные аспекты расщепления выступают на передний план при патологической регрессии; эти проявления расщепления описаны при различных состояниях — психопатических, пограничных, нарциссической организации личности, перверсиях, фетишизме и др. При этом значение термина *расщепление*, используемое разными авторами, не всегда совпадает, что приводит к недостаточной четкости и однозначности его употребления (Abend, Porder & Willick, 1983).

Вертикальное расщепление — термин, отражающий сосуществование бессознательных переживаний при их одновременном разделении. *Горизонтальное расщепление* подразумевает поочередное или постоянное размещение отдельных переживаний вне сферы сознания, осуществляемое при помощи вытеснения.

В качестве адаптивного процесса расщепление, проявляясь в структуре специфического психического контекста, поддерживает организующие механизмы роста и созревания. Так, например, в период развития самонаблюдения и рефлексии возникающие при самоанализе попытки прослеживания и изживания отдельных функций Я могут быть временно расщеплены.

См. *адаптация, защита, теория Кляйн: расщепление; развитие, функции Я, Я.*
[3, 325, 489, 559, 577]

РАЦИОНАЛИЗАЦИЯ (RATIONALIZATION)

Термин, обозначающий процесс построения субъективно-рассудочных, сознательных объяснений отдельных собственных действий или установок, в основе которых лежат бессознательные, скрытые, неприемлемые для данного индивида мотивы. Хотя рационализация и не относится к какому-либо четко фиксированному механизму за-

щиты, ее принято рассматривать в аспекте защит. Рационализация, как правило, усиливает механизмы вытеснения. От интеллектуализации (то есть изоляции аффекта, при которой к сознанию допускается лишь потенциально объективируемое, осмысленное содержание) рационализация отличается отсутствием эмоциональных побуждений.

См. *защита, интеллектуализация.*
[203, 461]

РЕАКТИВНАЯ ДЕПРЕССИЯ (REACTIVE DEPRESSION)

См. *депрессивный невроз.*

РЕАКТИВНОЕ ОБРАЗОВАНИЕ (REACTIVE FORMATION)

См. *защита.*

РЕАКЦИЯ УЛЫБКИ (SMILING RESPONSE)

Специфический аффективный ответ младенца, появляющийся между вторым-третьим месяцами жизни. Этот термин использован Шпицем (1959) для обозначения первой стадии развития объектных отношений и Я. В отличие от эндогенной улыбки, существующей от рождения, реакция улыбки, или социальная улыбка, является ответом на внешнюю стимуляцию. Она отражает сдвиг к экзогенному функционированию, социальному взаимодействию и активному интенциональному поведению. Вначале эта аффективная реакция вызывается восприятием любого человеческого лица, то есть специфическим гештальтом, представляющим собой движущуюся конфигурацию из двух глаз, носа и рта (Spitz & Wolf).

Шпиц подчеркивал, что вначале реакция улыбки не является индикатором установления объектных отношений; скорее она представляет собой ограниченную во времени ступень на пути к распознаванию человеческого лица и относится к истинному либидинозному объекту. Согласно Шпицу, реакция улыбки свидетельствует о начинающемся процессе организации Я и появле-

нии у младенца способности к внутренней регуляции.

Если мать и ребенок аффективно "настроены на единую волну", мать вскоре становится наиболее надежным объектом, вызывающим реакцию улыбки (Stern, 1984). В свою очередь, младенец быстро обучается превосходить и в определенных пределах регулировать взаимодействия (Stern, 1984; Brazelton, Kozlowski & Main, 1974). Вступление в социальное взаимодействие, как следствие аффективной реакции улыбки, способствует формированию истинных объектных отношений. Поэтому Шпиц считал, что реакция улыбки знаменует поворотный пункт в психологическом развитии младенца.

[125, 182, 804, 806, 812, 813]

РЕАЛЬНОСТЬ (REALITY)

Совокупность базисных предпосылок, касающихся наличия и сущности воспринимаемого человеком внешнего мира. Психодинамическая традиция не всегда согласуется с таким определением: согласно одному из основных подходов к определению реальности, последняя представляет собой абсолютное, фиксированное и объективное описание внешнего материального мира и происходящих в нем событий. Реальность, таким образом, самоочевидна и не может быть представлена различными способами. Согласно другой точке зрения, первостепенным при определении реальности является субъективный опыт. Соответственно реальности можно рассматривать как относительное, изменчивое и субъективное описание переживаний индивида. Она есть лишь интерпретация воспринимаемого во вне, а потому может быть представлена в виде различных версий. Большинство психоаналитиков используют преимущества обоих определений. Достигаемое таким синтетическим путем понимание реальности неразрывно связано с современными теоретическими воззрениями на развитие человека, его психическую деятельность, психопатологию и психоаналитическую терапию.

Начальные этапы развития организма человека характеризуются формировани-

ем концепции реальности, основанной на разграничении “Я” и “не-Я”, внутреннего и внешнего. В дальнейшем с дифференциацией индивида и развитием Я нарастает степень осознания реальности как некоего “внешнего феномена”, внешнего компонента общего процесса дифференциации. Параллельно с образованием постоянных образов себя и объектов развивается ощущение *постоянства реальности*, связанное с процессом интернализации и стабилизацией представлений о внешнем мире. Одной из важнейших интегративных частей такого процесса являются переживания, связанные с любимыми объектами. Формирующаяся в результате стабильная структура внутренних представлений помогает индивиду сохранять чувство своей идентичности и ориентироваться в изменчивых условиях без нарушений психической деятельности и расстройств адаптации. Постоянство реальности способствует становлению таких функций Я, как предвидение, предсказание, планирование, восприятие, оценка реальности и др. Недостаток постоянства реальности, напротив, приводит к чувству “нереальности”, трудностям усвоения нового опыта и пережитых ранее ситуаций, а также к нарушениям сохранности контактов с реальностью. Постоянство реальности поддерживается силу и автономность функций Я. Исходя из сказанного, реальность можно рассматривать как непосредственно данный, естественный мир конкретно воздействующих на индивида объектов, поддающихся верификации путем научного наблюдения. С этой точки зрения *внешняя реальность* включает два понятия — *фактическую (материальную)* и *объективную реальность*.

Фрейд (1911) описал два регулирующих принципа психической деятельности, необходимых, с его точки зрения, для понимания концепции реальности. основополагающим (и более ранним из них) является принцип удовольствия. Последний, однако, постепенно преобразуется в принцип реальности, благодаря которому индивид развивает способность отказываться от немедленного, но вместе с тем неопределенного в своих последствиях удовлетворения в пользу длительного и стабильного вознаграждения и самосохранения. Хотя при нормальном зрелом развитии начинают преобладать

способы деятельности, соответствующие требованиям внешней реальности, мотивационная сила стремления к удовольствию полностью не исчезает и не замещается другими, сохраняясь в редуцированной форме. Если ребенок, например, откладывает приятную игру во дворе и задерживается в доме или молодой отец отказывается от увлекательного хобби ради сохранения спокойствия в семье, то такое поведение следует рассматривать в аспекте *принципа реальности*. Более того, подобное поведение является сообразным реальности, то есть таким, в котором отдельные поступки согласуются с пониманием причин и следствий во внешнем реальном мире (включая мир человеческих отношений). Однако в некоторых случаях индивид может на некоторое время отказаться от реалистичного взгляда на мир и отдать предпочтение непосредственному и сиюминутному удовлетворению потребностей. Такое поведение будет характеризоваться как период регрессии или “сознательно принимаемой альтернативы”. Принципы удовольствия и реальности можно дополнить двумя родственными понятиями: *Я-удовольствие* и *Я-реальность*. Редко используемые в современном психоаналитическом лексиконе из-за их неоднозначности и дискуссионности, оба термина, тем не менее, могут применяться при описании взаимоотношений Я с миром влечений или, наоборот, с внешней средой.

Понятием *проверка реальности* обозначается функция Я, с помощью которой осуществляется разграничение мыслительной деятельности и процессов восприятия и тем самым разграничение внешнего опыта и внутреннего. Другими словами, проверка реальности позволяет распознавать представления, исходящие из внутренней психической жизни (воспоминания, фантазии), и отделять их от тех, что поступают из внешнего мира через органы восприятия. Однако, как показывают современные исследования, такая дихотомия является несколько упрощенной. Сенсорные импульсы испытывают на себе сдерживающее или искажающее влияние психики и в непосредственном виде до уровня сознания на доходят. С другой стороны, на воспоминания и фантазии могут оказывать значительное модифицирующее воздействие объекты внешнего мира. И все же на индивидуальном

уровне основной характеристикой проверки реальности является способность к разграничению внутренних переживаний и переживаний, связанных с существованием внешнего мира. Проверка реальности действует прежде всего в направлении укрепления внутренних связей Я и достижения индивидом большей четкости и точности отграничения себя от объектов.

Более сложным компонентом проверки реальности является постоянная деятельность по “примирению” или согласованию несоответствий, возникающих между внутренне и внешне обусловленными переживаниями. При наличии таких несоответствий внутренние представления (проистекающие из воспоминаний, накопленных в процессе обучения, убеждений, верований и фантазий) со временем претерпевают изменения под влиянием новых впечатлений и воспринимаемых образов. Так, например, новоприобретенный опыт может изменить представления о дружелюбном расположении всех без исключения “мохнатых” животных (многие из которых в действительности могут быть опасными), в других случаях могут возобладать интрапсихические представления, и тогда индивид приходит к выводу о неистинности воспринимаемого объекта (например, при оптических иллюзиях). Этот компонент проверки реальности играет немаловажную роль в формировании внутреннего опыта, где требуется участие внутренних убеждений и фантазий.

Проверка реальности имеет свои закономерности развития — от простого разграничения внутреннего и внешнего до комплексного процесса оценки приобретенного опыта. Последний, наиболее высокий уровень проверки реальности, нередко обозначаемый как *процессуализация реальности*, включает способность воспринимать, распознавать и оценивать собственные аффекты, мотивы и внутренние представления об объекте, разграничивать прошлое и настоящее, а также другие, еще более тонкие, нюансы внутреннего опыта. Процессуализация реальности может включать, в частности, понимание того, какое влияние оказывают собственные предрассудки, особенности характера, нарушения процессов переноса, возникающего при установлении взаимоотношений с другими. На этом уровне функция проверки реальности может быть значитель-

но улучшена с помощью психоаналитической терапии.

Если термин *проверка реальности* обозначает прежде всего функции поиска и сравнения, проявляющиеся автоматически на бессознательном уровне, то другое понятие — *чувство реальности* — принято относить к процессам субъективного осознания реальных или воображаемых событий, причем осознания не беспочвенного, а основанного на приобретенных знаниях о внешнем мире или самом себе.

Адаптация к реальности означает приспособление поведения индивида или принятие постоянно изменяющихся требований окружения, включая человеческие взаимоотношения.

Проверка реальности, чувство реальности и адаптация к реальности создают *отношение к реальности*, включающее в себя понимание событий внутреннего и внешнего мира, их разграничение, а также образование наиболее приемлемых для индивида связей и форм реагирования. Под воздействием неблагоприятных факторов (стресса, психопатологических нарушений, сенсорной депривации и т.д.) любая из трех указанных функций может нарушиться, подвергнуться регрессии к более примитивному уровню или полностью исчезнуть.

Нарушения функции адаптации к реальности имеют самый широкий спектр — от незначительного снижения гибкости у лиц с чертами навязчивости до полного игнорирования окружения, наблюдаемое при органических синдромах. Выраженные нарушения функции проверки реальности в форме иллюзий, галлюцинаций или потери способности дифференцировать собственные проявления обнаруживаются прежде всего при психотических состояниях. При психоневрозах и характеропатиях обычно повреждаются лишь поверхностные (внешние) уровни процессуализации реальности, сопровождающиеся, однако, нарушениями адаптивных функций. У пограничных больных наряду с высшими уровнями могут повреждаться и такие функции, как чувство реальности и идентичности. При шизофрении нередко встречаются стойкие состояния деперсонализации, чувство отчужденности и/или гибели Я, а также искажения схемы тела.

В большинстве случаев, если рассматривать упрощенно, реальность принято отождествлять с внешним миром. Однако при более скрупулезном ее рассмотрении, особенно если учитывать проявления внутреннего мира субъективных переживаний, мы вынуждены признать возможность различных интерпретаций мира внешних событий (примерами здесь могут служить следующие вопросы: что более реально — идея, мысль или стол и стул? Что более истинно — поэма или научный эксперимент?).

В общепринятом смысле *психическая реальность* — это весь субъективно переживаемый мир индивида, который включает мысли, чувства, фантазии и другие феномены, отражающие внешний мир. Таким образом, психическую реальность можно рассматривать как синоним *внутренней и субъективной реальности*. Все три термина призваны ограничивать в психоаналитической теории субъективный опыт индивида от мира физических объектов. Психическая реальность рассматривается также как одна из возможных версий — созданных благодаря восприятию внешних объектов и внутренним представлениям — реального внешнего мира. Психическая реальность, следовательно, представляет собой фундаментальное интегративное образование. Некоторые теоретики предпринимали попытки разграничить психическую и внутреннюю реальность, сопоставляя психическую реальность с внутренними источниками субъективного опыта, то есть с бессознательными фантазиями и представлениями. При этом ощущения, поступающие из внешнего мира, являются внешним источником субъективного опыта. Под термином *внутренняя реальность* теоретиками этого направления подразумевается наиболее общий феномен, отражающий тотальный субъективный опыт, основанный на интеграции представлений о воспринимаемом внешнем мире.

Подобно тому, как внутренняя реальность не является “чистым” продуктом фантазии, так и *внешняя реальность* имеет свое сложное строение. Можно утверждать, что внешняя реальность сводима к двум следующим основным проявлениям: “фактическому” — объективно верифицируемому и подтверждаемому путем научного познания — и “искусственному” — интерсубъ-

ектно общепринятому, “конвенциональному”, состоящему из мира слов, мифов, традиций, межличностных и групповых форм поведения. Философские взгляды, основанные на подчеркивании фактической или искусственно-интерсубъективной стороны внешней реальности, хотя и имеют первостепенное значение для культуры, непосредственного преломления в психоаналитической теории не находят. Здесь необходимо вкратце остановиться на понятии реальности в психоаналитическом аспекте.

Некоторые формы психотерапии, в первую очередь поведенческая и поддерживающая, направлены прежде всего на улучшение адаптации к условиям внешней реальности. Психофармакотерапия и лечение, основанное на структурировании внешней для больного среды, преследуют не менее важные цели, а именно восстановление искаженных или поврежденных функций проверки реальности и чувства реальности. В противоположность этим методам лечения, психоаналитическая терапия нацелена на восстановление высших уровней реальной деятельности и психической реальности как таковой, а также на расширение понимания, познания и обретение свободы пациентом, особенно по отношению к той части его душевной жизни, которую мы причисляем к миру внутреннего опыта. Психоанализ, в отличие от других методов лечения, не пытается навязать какие-либо фиксированные взгляды на реальность, равно как и заранее уготовленные (а потому предвзятые) способы “правильного” приспособления.

См. индивидуация, принцип удовольствия/неудовольствия, развитие Я, фантазия, функции Я.

[267, 328, 470, 674, 728, 860]

РЕВНОСТЬ (JEALOUSY)

Термин, подразумевающий чувство зависти к явным либо воображаемым успехам соперника, особенно в сфере любви к объекту. Чувство ревности, как правило, сопровождается подозрениями в том, что любимый человек отдает предпочтение сопернику. Почвой для ревности, корни которой лежат в эдиповых конstellациях, являются

желания индивида обладать правом на исключительные взаимоотношения с первичным объектом, который, однако, в дальнейшей жизни принадлежит другому объекту. При этом действительным и объективным чувством должна быть любовь, а не простое удовлетворение потребностей или недостаточное внимание к индивиду. Кроме отмеченных особенностей ревность предполагает также бессознательное желание устранить или опередить противника.

См. *зависть, соперничество*.
[636]

РЕГРЕССИЯ (REGRESSION)

Термин, обозначающий возврат к менее зрелому уровню психического развития. Как правило, регрессия возникает в ситуации, когда нарушаются процессы психической организации, соответствующие данной фазе развития. При этом регрессия рассматривается как один из механизмов защиты. Концепция регрессии тесно связана с положением о том, что психологическое развитие индивида проходит ряд фаз, каждая из которых характеризуется специфическими особенностями проявлений влечений Я, Я-идеала и Сверх-Я. Становление каждой фазы зависит от: 1) способа разрядки инстинктивных влечений, 2) функционирования Я; 3) присущих индивиду идеалов и проявлений совести.

Обычно понятие регрессии принято рассматривать в двух аспектах. *Либинозная регрессия* (регрессия либидо) представляет собой возвращение к ранним фазам организации инстинктивной жизни, возникающее в ходе нормального развития, когда индивид не способен справиться с требованиями биологически детерминированного процесса достижения большей зрелости. В таких случаях неразрешенные конфликты и тревога, исходящие из более ранних уровней развития, образуют в структуре психического аппарата "слабые места" (фиксации). Последние, как правило, и определяют тот уровень, к которому регрессирует психическая деятельность. В иных случаях регрессия проявляется в ответ на новые для индивида события и ситуации, возникающие в

данной фазе развития, но оказывающие явно травматическое воздействие. В детском возрасте, когда развитие сексуальных влечений пока еще неустойчиво, либинозные формы регрессии являются весьма распространенным механизмом. Так, например, пятилетний ребенок под влиянием стресса (соперничества с младшим братом или сестрой) прибегает к сосанию пальца, то есть к такому способу самоуспокоения, который он уже давно отбросил и позабыл.

Другой тип регрессии — *регрессия Я* — представляет собой отход от более развитых и зрелых стадий психической организации к способам деятельности, характерным для более ранних периодов жизни. Хотя регрессия Я проявляется чаще всего вместе с либинозной, первая из них сказывается прежде всего на вовлеченных в конфликт функциях Я. Регрессия Я проявляется в виде формальных характеристик процессов воображения, сопряженных с теми или иными дериватами конфликта влечений. Наиболее распространенными примерами регрессии этого типа являются утрата ребенком контроля над функциями мочевого пузыря, нарушения речи в ответ на выраженную стрессовую ситуацию и некоторые другие.

В определенных случаях (чаще всего у пациентов-мазохистов) может наблюдаться и регрессия Сверх-Я. Нередко регрессия этого типа являет собой специфический ответ на ситуацию, когда интернализированный авторитет родителя вновь экстернализируется, затем проецируется на аналитика, рассматриваемого пациентом в качестве садистской фигуры в процессе переноса.

Причины регрессии разнообразны. Некоторые ее формы встречаются в норме (как в детском, так и в зрелом возрасте) и рассматриваются как реакция на потребности индивида, которые подвергаются внешнему или внутреннему "давлению". Будучи неотъемлемой частью "колебательного" процесса развития, регрессия может способствовать переработке и последующей реинтеграции психического материала на более высоком уровне. В зрелом возрасте некоторые состояния могут служить запускающими механизмами для проявления архаических инстинктивных и поведенческих аспектов душевной жизни. К числу подобных состояний принято относить сновидения, любовь и вражду.

Регрессия является одним из наиболее важных элементов психодинамического процесса. Именно она, возвращая пациента в более ранние и тем самым менее зрелые фазы психической организации, позволяет ему заново переработать при переносе неразрешенные конфликты. Проявления регрессии усиливаются при возникновении разных состояний и расстройств: в случае чувства тревоги, вины, стыда, при депрессии, фрустрации или нарциссической обиде, выраженной астении, физических перегрузках, соматических заболеваниях и пр. Патологическая регрессия встречается при неврозах, психозах и перверсиях. В качестве основного динамического фактора регрессии выступает неразрешенный эдипов комплекс в сочетании со страхом кастрации и/или бессознательными сексуальными либо агрессивными побуждениями, провоцирующими чувство вины.

См. *защита, развитие, травма.*
[33, 202, 290, 295, 312, 469, 656]

РЕГРЕССИЯ Я (EGO-REGRESSION)

См. *регрессия.*

РЕГУЛЯТОРНЫЕ ПРИНЦИПЫ (REGULATORY PRINCIPLES)

См. *психическая энергия.*

РЕКОНСТРУКЦИЯ (RECONSTRUCTION)

Конструкция (Construction)

Выявление и определение наиболее важных и значимых переживаний периода раннего детства, в настоящее время "забытых" (вытесненных) пациентом. Оба термина отражают попытки раскрытия и выявления взаимосвязей ранних переживаний с целью более глубокого понимания генетических факторов динамических сил, имеющих непосредственное отношение к формированию характера и/или психопатологических проявлений. Реконструкция основывается на

следовых воспоминаниях о наиболее важных для индивида, но в данное время забытых событиях, лишь частично проявляющихся в структуре и содержании свободных ассоциаций, сновидений, отдельных поступков или при переносе. Иногда пациенты пытаются самостоятельно строить реконструирующие гипотезы и с их помощью определять для себя влияние событий прошлой жизни; чаще, однако, аналитик выбирает специальный момент для соответствующей оценки прошлых впечатлений и переживаний, а затем и оценки их влияния на настоящее состояние больного. Реконструкция, таким образом, представляет собой постепенный и многоступенчатый процесс, направленный на раскрытие новых воспоминаний и ассоциаций, составляющих материал для последующих интерпретаций. Как подчеркнул Фрейд, правдивость и истинность реконструированных построений приобретает терапевтический эффект лишь тогда, когда пациент не способен самостоятельно "находить" необходимые воспоминания. Поэтому попытки восстановления и определения важнейших отрезков прошлого углубляет понимание аналитического опыта как пациентом, так и аналитиком.

Работу по реконструкции можно сравнить с усилиями археолога, пытающегося на основе отдельных фрагментов восстановить картину исчезнувшей цивилизации. При этом, однако, нельзя упускать из виду, что формулировки психоаналитика представляют собой сложные гипотетические построения, лишь отчасти (но не полностью) восстанавливающие прежние события из жизни анализируемого. Теоретически полное восстановление не представляется возможным, поэтому формулировки аналитика являются скорее конструкциями (термин Фрейда), нежели реконструкциями. Следует добавить, что термин *конструкция* получил более широкое употребление в Соединенных Штатах.

На заре психоанализа большое значение придавалось лечебному эффекту раскрытия вытесненных пациентом воспоминаний. В последние десятилетия, однако, психоанализ рассматривается скорее как некий комплексный процесс, в рамках которого реконструкция (конструкция) играет хотя и важную, но не обязательно главную роль. Поскольку вытесненные ранние переживания, как правило, связаны с эмоциональным

конфликтом, они способны оказывать существенное воздействие на возникновение, особенности проявления и стойкость психопатологических феноменов. Тем самым конструкция (реконструкция) способствует достижению новых уровней важного для каждого индивида осознания предшествующих основ нынешнего его поведения.

См. анализ, вытеснение, интерпретация, метапсихология, развитие, симптом, характер.
[109, 156, 323, 380, 446]

**РЕПАРАЦИЯ
(REPARATION)**

См. теория Кляйн.

**РЕПРЕЗЕНТАЦИЯ
(REPRESENTATION)**

Уподобление или образ, дающий впечатление об оригинале. *Психическая репрезентация* представляет собой более или менее согласующееся между собой воспроизведение в психике восприятия наделенного значением предмета или объекта. В зависимости от прилива или отлива динамических сил она может подвергаться возрастающему или убывающему катексису. Сами по себе психические репрезентанты образуют подструктуру Я и считаются одними из его содержаний.

Предполагается, что при рождении психические репрезентанты отсутствуют; они начинают появляться по мере осознания различий между внешним и внутренним, между собой и другими. Следы памяти о восприятии различий между собой и другими откладываются, и в процессе созревания и развития репрезентации Самости и объектов усложняются и становятся доступными сознанию. Вначале они не являются стабильными, а дифференциация между Самостью и объектом исчезает по мере насыщения и отхода ко сну. Когда ребенок просыпается голодным и плачет, прежние формы репрезентации Самости и объектов снова становятся четкими и раздельными. Соответственно, стадия удовлетворяющего потребности объекта обозначает период, когда дифференциация репрезентантов Самости и объекта возникает в связи с

потребностями. В процессе созревания психические репрезентанты становятся более сложными, дифференцированными и иногда постоянно катектированными независимо от состояния потребности (стадия константности объектов). Все аспекты психофизиологической Самости находят свое отражение в психической репрезентации Самости. Точно так же все аспекты объектов, одушевленных и неодушевленных, которые важны для индивида, находят свое психическое представительство как часть его *репрезентированного мира*, внутреннего мира объектов.

Идеационная репрезентация представляет собой психическую репрезентацию, создающую основу для мыслей или идей. Фактически она является синонимом психической репрезентации. Понятие *репрезентации влечений* относится к представлениям о влечениях индивида (Оно), являющимся составной частью репрезентации Самости; само Я и Сверх-Я также репрезентируются. Подобно тому, как каждый индивид имеет собственное представление о своих талантах, способностях, слабостях, ограничениях, тревогах, моральных и этических нормах, точно так же он имеет собственное представление о природе влечений, их интенсивности, пластичности, подвижности, податливости и готовности к сублимационным преобразованиям.

См. объект, Самость, телесное Я, Я.
[451, 701]

**РЕСОМАТИЗАЦИЯ
(RESOMATIZATION)**

См. соматизация.

**РИТУАЛ
(RITUAL)**

В психоанализе — симптоматическое, стереотипное, навязчивое повторение отдельных форм поведения. Каждый элемент ритуала представляет собой компромиссное образование, в искаженном виде отражающее как бессознательные дериваты сексуального и агрессивного влечений, так и защитные силы. С другой стороны, элементы ритуала символизируют отдельные ас-

пекты бессознательного конфликта и нередко включают магическое мышление.

Чаще всего ритуалы встречаются в структуре невроза навязчивых состояний: все типичные защитные механизмы этого невроза — реактивное образование, изоляция аффекта и т.д. — присутствуют и в ритуальных действиях. В основе ритуальной защиты от дериватов сексуального и агрессивного влечений лежат анальный конфликт либо конфликт, вызванный мастурбацией. Ритуал призван “упразднить” запретное желание: так, например, ритуальное мытье рук может “устранить” навязчивое желание испачкаться испражнениями.

Ритуалы как временное явление весьма распространены и не противоречат нормальному развитию (например, многократно повторяющиеся детские игры). Такие ритуалы могут сопровождать любой вид деятельности. В зрелом возрасте повторяющиеся формы поведения можно представить в виде континуума от адаптивных привычных действий, религиозных обрядов и т.п. до ритуалов при неврозе навязчивых состояний и магических ритуалов психотиков. В психоаналитическом смысле термин *ритуал* используется для обозначения поведения, при котором отдельные его проявления выступают в качестве навязчивой защиты. Ритуалы могут быть подобны Я; однако если такой ритуал прерывается, тотчас усиливаются чувства тревоги и вины, вынуждающие индивида возобновить ритуальное действие с самого начала.

Ритуалы могут выполнять функции, не связанные с интрапсихической защитой. Например, некоторые люди стараются контролировать поступки и действия других, “перекладывая” на них собственные ритуалы. Подобное поведение отражает агрессивность, защищает от тревоги, чувства вины и беспомощности.

См. защита, компромиссное образование, обсессия.

[262, 719]

САДИЗМ (SADISM)

Вид перверсии, при которой индивид получает сексуальное удовлетворение, причи-

няя боль либо повреждение партнеру. В ранних работах Фрейд высказал предположение об универсальности садистских и мазохистских компонентов сексуального влечения и соотнес их с активностью, пассивностью и влечением к овладению. Умеренные проявления садизма и мазохизма могут рассматриваться как нормальные элементы предварительной любовной игры. В структуре мазохистского характера также достаточно выражены оба компонента, хотя и в бессознательной форме. У лиц с пограничными и психотическими расстройствами перверсные проявления отличаются сознательной терпимостью к явным формам надругательства и насилия. Иногда садизм отождествляется с *агрессией* и относится к ситуациям, в которых сексуальный элемент либо внешне отсутствует либо по меньшей мере не осознается (см., например, работы Мелани Кляйн и ее последователей).

Поначалу Фрейд (1915) полагал, что садизм является предшественником мазохизма, рассматриваемого в качестве “обращенного на себя” садизма. Однако при описании гипотетического влечения к смерти Фрейд (1920) указал на наличие направленных на человека разрушительных побуждений (первичный мазохизм), действующих с момента рождения и противоречащих принципу удовольствия. С этих позиций вторичным образованием представляется скорее садизм, нежели мазохизм. В результате Фрейд пришел к выводу, что садизм является “отклонением вектора” деструктивных инстинктивных влечений (первично направленных на человека) в сторону объекта.

См. агрессия, компонентные влечения, мазохизм, садомазохизм.

САДОМАЗОХИЗМ (SADOMASOCHISM)

Сосуществование садистских и мазохистских желаний, фантазий и дериватов влечений. Садомазохизм может проявляться в виде характерологических особенностей либо сексуального поведения от относительно нормальных до явно патологических, извращенных форм. Впрочем, садизм и мазохизм следует рассматривать как несомненные перверсии лишь в том случае, если

причиняемая или испытываемая физическая боль становится необходимым элементом сексуальных отношений.

Понятие садомазохизма было расширено Фрейдом и выведено за рамки перверсий. Сознательное либо бессознательное удовлетворение садомазохистского типа включают многие формы поведения: задирность и склонность к поддразниванию, сарказм, паясничание, клевету и злословие, всевозможные проявления пассивной агрессивности и др. Понятием *моральный мазохизм* принято обозначать основанную на бессознательном чувстве вины потребность в страдании или наказании.

Впервые садизм и мазохизм проявляются между шестым месяцем и вторым годом жизни, то есть на орально-садистской стадии психосексуального развития. При этом садизм связан с доставляющим одновременно боль и удовольствие процессом прорезывания зубов и желанием кусать. Позднее оральный садизм находит свое выражение в настоящей потребности кусать (при некоторых регрессивных состояниях по типу предварительной любовной игры), а также в форме вербальной активности — поддразнивания и сарказма. Особенности проявления орально-садистских форм поведения и их выраженность зависят от конституциональных факторов (времени прорезывания зубов, формирования костей, порога болевого восприятия), а также характера объектных отношений и форм защиты, с помощью которых ребенок пытается совладать с психическим конфликтом.

Основным периодом формирования садомазохизма является, однако, *анально-садистская стадия*. Анальный эротизм, сменяющий оральную его форму и возникающий ко времени появления контроля над функциями сфинктеров (эротическое и агрессивное удовлетворение посредством акта дефекации), служит удовлетворению садистских желаний. На этой стадии появляется возможность новых мазохистских ощущений — удовольствие, получаемое от сдерживания фекальных масс, и связанная с этим контролируемая боль. Здесь опять-таки имеет место сочетание конституциональных и внешних факторов, определяющих качество и интенсивность фиксации, которая в конечном итоге влияет на формирование характера. При этом основную

организующую роль выполняют фактор времени, приучение к опрятности (в сочетании с соответствующими мерами наказания), а также новые защитные действия по преодолению психических конфликтов.

В бессознательной сфере садизм и мазохизм нераздельны: садист получает удовлетворение не только от причинения боли объекту, но и в результате идентификации с ним. Точно так же и мазохист, стремясь наказать своего мучителя, пытается вызвать в нем чувство вины. При садомазохистской перверсии оба компонента в зависимости от обстоятельств могут меняться местами.

Как садизм, так и мазохизм могут сочетать в себе удовольствие и страдание, то есть элементы и сексуальных, и агрессивных влечений. Различие между ними состоит лишь в том, что первый направлен на объект, тогда как второй — на самого субъекта. С точки зрения психоаналитической теории, садизм и мазохизм представляют собой “слияние” либидинозных и агрессивных влечений. При этом в качестве первичного феномена, согласно Фрейду, выступает мазохизм, лишь впоследствии преобразующийся в садизм. Неразрывность садистских и мазохистских явлений объясняется (аналогично преобразованию других первичных состояний) их формированием в ходе сложных процессов интернализации и экстернализации.

См. мазохизм, перверсии, психосексуальное развитие, садизм.

[127, 147, 256, 285, 297, 300, 308]

САМОЗВАНЕЦ (IMPOSTOR)

Лицо, присваивающее чужую идентичность или звание. В психоанализе “истинный самозванец” — индивид, представляющий себя в ложном свете, — был объектом незначительного числа исследований, из которых следует выделить работы Абрахама (1925), Х. Дойч (1955) и Гринэйкр (1958). Такие индивиды, как правило, страдают выраженными характерологическими расстройками, что проявляется в делинквентном, психопатическом, социопатическом или преступном поведении иного рода, с осознанным и обдуманном намерением обма-

нывать так, как подсказывает ложная идентичность.

Тенденция самозванства проявляется в различных ситуациях и связана с широким спектром личностных нарушений — от минимально патологических до максимально патологических. Наименее патологический вариант — создание иллюзии и изменение облика в рамках творчества и игры.

“Как будто личность” подпадает под категорию самозванства. Она рассматривается в связи с расстройствами идентичности, характеризующимися непостоянством и недостаточной интеграцией идентификации. Если “истинный самозванец” буквально скрывается под чьим-либо именем, то “как будто личность”, которой недостает единства идентификации, бессознательно принимает черты и стиль поведения вызывающих восхищение лиц посредством мимикрии и имитации.

Утверждение *ложной Самости* (термин Винникотта) на реальной или воображаемой публике, которую можно дурачить, считается важной целью самозванства, выполняющей защитные, интегративные, нарциссические и связующие функции, а также служащей удовлетворению инстинктивных влечений.

См. *идентичность, “как будто” личность, теория Винникотта: истинная Самость, ложная Самость.*

[11, 162, 373, 736]

САМООБЪЕКТ (SELFOBJECT)

См. *психология Самости.*

САМОСТЬ (SELF)

Термин, обозначающий: а) целостную личность во всех ее реальных проявлениях, включая телесную и психическую организацию индивида; б) “мою”, “собственную” личность, противостоящую другим лицам или объектам вне “меня”. Термин *Самость* заимствован из обыденной речи, где его употребление может заменять и перекрывать многие технические аспекты, относящиеся к концепции себя, образа себя, схем себя и тождественности самому себе. *Схемы Са-*

мости представляют собой устойчивые структуры, принимающие активное участие в организации психических процессов и кодировании того, как человек сознательно и бессознательно воспринимает самого себя. Такие схемы ранжируются от реалистичного взгляда на себя до полностью искаженного, наблюдающегося в отдельные периоды у каждого индивида. Их основой являются *репрезентации Самости* — психические содержания в системе Я, бессознательно, предсознательно или сознательно отражающие аспекты телесной или психической Самости, включая влечения и аффекты, возникающие в реакции индивида на себя и внешний мир. Совместно со схемами объекта схемы Самости обеспечивают организацию базисного и актуального материала для формирования всех адаптивных и защитных функций. В процессе созревания различные схемы Самости выстраиваются в виде иерархической упорядоченной организованной структуры, составляющей Самость.

Кодирование Самости в виде сенсорного способа представлений называется *образом Самости*, который может быть представлен зрительными, слуховыми или осязательными компонентами. Видение себя в конкретной ситуации и в определенное время обозначается термином *концепция Самости*. Последняя складывается из комплексных представлений о собственном внутреннем состоянии, сочетающихся с концепцией собственного тела. Идеационные компоненты концепции Самости кодируются на основе непосредственного опыта (ощущений, эмоций, мыслей) и косвенного восприятия телесной и психической Самости, выступающей уже в качестве объекта. Концепция Самости может быть сознательной или бессознательной, реалистичной или нереалистичной. Она может относительно правильно (то есть в соответствии с реальным положением вещей) отражать совокупность физических, эмоциональных и психических свойств индивида; однако при определенных условиях концепция Самости может быть нереалистичной, искаженной вытеснением или смещением неприемлемых для индивида собственных качеств либо их “заместителей” (например, фантазий), сопряженных с отдельными желаниями и потребностями в защите.

Самооценка представляет собой конечный результат сопоставления себя с идеальной концепцией Самости, притязаниями, а также оценками со стороны значимых для индивида лиц или социальных групп. Как правило, самооценка осознается лишь отчасти и становится заметной только при ее утрате. Если оценочные суждения положительны, аффективный ответ на них будет характеризоваться приподнятым настроением и экспансивностью. Снижение самооценки, наоборот, сопровождается обостренными переживаниями неполноценности и нерешительностью.

В психоаналитической литературе термин "Самость" используется в различных контекстах. Фрейд, особенно до построения структурной теории, часто использовал понятие *Я*, подразумевая Самость. В таких концепциях, как обращение на себя влечений, *Самость* (или *Я*) рассматривается как противоположность *объекта*. Гартманн рассматривал эту проблему, отделив *Я*, как группу функций, от Самости. С этих позиций нарциссизм может рассматриваться как катексис либидо, направленный не столько на *Я*, сколько на Самость. Якобсон использовала термин *Самость* для обозначения личности в ее целостном выражении. Шаффером выделены три разновидности понятия *Самость*: в качестве действующего начала, в качестве места или поля действия и в качестве объекта. Кохут определял Самость как независимый инициативный центр. Другие авторы — Мейснер, Лихтенберг, Штерн — использовали термин *Самость* для обозначения опыта, приобретаемого либо в виде чувства себя, либо при развитии Самости в мире субъективности и взаимоотношений с другими. Независимо от того, в рамках какой понятийной системы осмысливается этот термин, в любом случае Самость более тесно связана с опытом, чем Оно, *Я* и Сверх-*Я*.

См. идентичность, интернализация, объект, психология Самости, термины аналитической психологии.

[439, 476, 558, 705, 807]

СВЕРХДЕТЕРМИНАЦИЯ (OVERDETERMINATION)

См. множественный детерминизм.

СВЕРХ-Я (СУПЕР-ЭГО) (SUPEREGO)

Одна из трех гипотетических систем трехкомпонентной (структурной) модели психики — Сверх-*Я* — обеспечивает и поддерживает сложный конгломерат идеалов, ценностей, запретов и приказаний (совесть). Сверх-*Я* осуществляет функции "слежения" за Самостью и сопоставления его с идеалами, оно или критикует и наказывает, что сопровождается различными болезненными аффектами, или вознаграждает и тем самым повышает самооценку. Термин *Сверх-Я* (bber-Ich) введен Фрейдом в 1923 году. Вначале он использовался как синоним более раннего понятия *Я-идеал* (Ich-Ideal) и описывался как ступень на пути дифференциации *Я*. Фрейд рассматривал его как большей частью бессознательный феномен, соответствующий клиническому наблюдению, что многими пациентами самокритика и совесть не осознавались точно так же, как и влечения: "...Не только самое низменное, но и самое возвышенное в *Я* может быть бессознательным".

Хотя Сверх-*Я* рассматривается как некая абстракция, обладающая относительно стабильными функциями и более или менее связанной конфигурацией (или структурой), его дериваты можно легко обнаружить в феноменах, метафорически описываемых как *внутренний голос, внутренний авторитет или внутренний судья*. Эти персонифицированные внутренние образования привели к появлению таких знакомых терминов, как *внутренние объекты, внутренние объектные отношения и интроекты*. Эти обозначения во многом объясняются чувствующимся разделением, существующим между Сверх-*Я* и остальной личностью. Такое разделение, по-видимому, является следствием конфликта между Сверх-*Я* и *Я*, сопровождающегося болезненными чувствами собственной неполноценности, стыда и вины.

Фрейд полагал, что Сверх-*Я* развивается на основе ранней идентификации с родителями, когда те утрачивают качество объектов сексуальной любви, то есть в период "крушения эдипова комплекса". Он называл Сверх-*Я*, или *Я-идеал*, "законным наследником" эдипова комплекса и поэтому описывал его как репрезентант наиболее интенсивных переживаний любви в

раннем детстве. Однако он добавлял, что Сверх-Я — это не просто остаток или осадок былого объекта любви, оно приводит также к появлению реактивных образований в ответ на такую идентификацию. Сверх-Я содержит две посылки: “ты должен быть таким” и “ты не можешь быть таким”. Кроме того, Сверх-Я ребенка может формироваться скорее на основе Сверх-Я родителей, чем на основе воспринимаемого образа родителя. Фрейд полагал также, что суровость и жесткость Сверх-Я зависит не столько от суровости родителей, сколько от удельного веса агрессивных желаний индивида. Так, он отмечал (с. 54): “...чем более человек контролирует свою агрессивность, тем более интенсивной становится склонность его идеалов к агрессии против Я (или в аспекте динамики: агрессия обращается против собственной персоны)”.

Фрейд (1923) отмечает, что Сверх-Я появляется в ходе попыток разрешить эдипов конфликт. Мальчик, опасаясь кастрации, отказывается от эдиповых инцестуозных желаний и идентифицируется с отцом/идеалом и моральными желаниями отца. Более ранние угрозы — утраты объекта, утраты любви и кастрации — интернализируются в виде специфических угроз со стороны Сверх-Я. Фрейд понимал женское Сверх-Я значительно хуже. Сегодня, однако, многие проводят различия между мужским и женским Сверх-Я на основе их содержаний (идеалов и запретов), но не на основе превосходства или неполноценности структуры.

Многие авторы исследовали архаические доэдиповы стадии развития Сверх-Я (Jacobson, 1964; Reich, 1954; Sandler, 1960; Tyson and Tyson, 1984). Работа с маленькими детьми убеждает в том, что интернализация родительских ожиданий происходит у них задолго до эдиповой фазы. Хотя вначале они направлены против других (A. Freud, 1936), эти ожидания вскоре трансформируются и приобретают форму ожиданий от себя и самокритику при нарушении идеальных норм. Вместе с тем эдипов комплекс обеспечивает необходимый толчок для интеграции ранних стадий для формирования Сверх-Я. Ребенок начинает бояться утратить любовь Сверх-Я больше, чем любовь родителей. Наказание переживается как чувство вины, сопровождающееся потерей самоуважения; именно это и

является отличительным признаком Сверх-Я (Beres, 1958).

По завершении эдиповой фазы функции Сверх-Я постепенно становятся все менее персональными и приобретают все большую автономию от внешних объектов. Хотя Сверх-Я становится относительно устойчивой, упорядоченной системой, его дефекты или лакуны обусловлены нестабильностью функционирования или защитами (такими, как отрицание, обращение пассивного в активное и рэкстернализация) против отдельных частей Сверх-Я. Таким образом, Сверх-Я остается “...относительно единой, когерентной, интегрированной, гармоничной структурой... а массой противоречий” (Arlow, 1982).

См. идеализация, интернализация, теория Фэйрбейрна, чувство вины, чувство стыда, Я-идеал.

[42, 68, 225, 303, 315, 333, 432, 451, 715, 746, 847]

СВОБОДНО ПЛАВАЮЩАЯ ТРЕВОГА (FREE FLOATING ANXIETY)

См. тревога.

СВОБОДНЫЕ АССОЦИАЦИИ (FREE ASSOCIATION)

Термин, обозначающий основную процедуру психоанализа и психоаналитической терапии. В 90-х годах прошлого века Фрейд заменил гипноз свободными ассоциациями, рассматривая последние как методологический ключ к результатам психоанализа.

Слово “свободные” в данном случае обозначает не более чем приостановку сознательного контроля. В ходе аналитической терапии от пациента требуется безоговорочное словесное выражение мыслей, чувств, желаний, ощущений, образов и воспоминаний, которое было бы лишено “зодержек” и осуществлялось в виде спонтанного процесса. Это требование принято называть *основным правилом психоанализа*. Следуя этому правилу, пациент должен преодолеть сознательную преграду, со-

здаваемую в нем чувствами страха, стыда или вины. Отчасти это мотивируется сознательно: пациент знает окончательную цель сотрудничества с аналитиком — разрешение собственных конфликтов и проблем.

Ассоциации, возникновение которых облегчает аналитическая ситуация, помогает аналитику выявить причины бессознательных влияний и конфликтов. Вмешательство аналитика, в частности, интерпретация бессознательного, нацелено на расширение свободы ассоциативного процесса пациента, что, в свою очередь, помогает выявить и справиться с разными формами сопротивления.

Одной из особенностей психоанализа изначально являлось признание тесных взаимосвязей между речью, мышлением, сознанием и принятием решений. Вместе с тем, не все проявления психики могут быть облечены в слова, поэтому свободные ассоциации позволяют пациенту максимально интегрировать переживания, возникающие в процессе анализа, без их вербализации. Вмешательство аналитика, включая молчаливую позицию, обеспечивает баланс между экспрессией и рефлексией пациента.

[249, 305, 519, 590]

**ГУЩЕНИЕ
(CONDENSATION)**

См. *сновидение, сновиденье*.

**СЕКСУАЛЬНАЯ ДЕВИАЦИЯ
(SEXUAL DEVIATION)**

См. *перверсия*.

**СЕКСУАЛЬНАЯ ИДЕНТИЧНОСТЬ
(SEXUAL IDENTITY)**

См. *половая идентичность*.

**СЕКТОРЫ САМОСТИ
(SECTORS OF THE SELF)**

См. *психология Самости*.

**СЕМЕЙНЫЙ РОМАН
(FAMILY ROMANCE)**

Термин, обозначающий совокупность пересматриваемых в дальнейшем фантазий ребенка о своих родителях. Ребенок постепенно освобождается от иллиудий идеализированного образа родителей, который приобретает все более реальные, но не лишённые искажений очертания. В некоторых случаях фантазии ребенка сводятся к представлениям о знатном происхождении, о всеми почитаемом родителе, от которого он был отделен в раннем детстве, но с которым когда-нибудь воссоединится. Хотя внешне эти желания могут выглядеть как отказ от настоящих родителей, на более глубоком психологическом уровне они представляют собой попытку “подогнать” родителей к их изначальному идеализированному статусу, когда, по словам Фрейда, “отец — самый благородный и великий мужчина, а мать — самая дорогая и любимая женщина”.

Семейный роман может смягчать проявления чувства эдиповой вины, способствуя отрицанию инцестуозных либидинозных чувств к родителям. Он уменьшает также проявления зависти к братьям или сестрам, которые представляются как внебрачные дети.

Фантазии, связанные с семейным романом, с возрастом сходят на нет. Однако в некоторых случаях они сохраняются и в более позднем возрасте, играя важную роль в возникновении синдрома “знатного происхождения”.

Вариации на эту тему представлены многочисленными примерами, почерпнутыми из мифологии, драматургии, фантастики и т.д. Так, легенда об Иисусе, согласно которой Христос якобы является не ребенком плотника Иосифа, а сыном Божьим, отражает не что иное, как феномен семейного романа. Фрейдовские описания семейного романа были расширены и дополнены Ранком (1909), добавившим еще один тип фантазий — о спасении или помощи. Примеры таких фантазий, как отмечает Эрнст Крис (1952), дают многие сказки, например о Золушке, мифы о великих героях и апокрифические истории о детстве великих художников. В соответствии со стереотипной формулой будущий художник или другая

творческая личность всегда предстают незатейливым, неприметным ребенком, художественные и творческие способности которого обязательно открывает какой-нибудь великий мастер. Будущий наставник вырывает юного таланта из безвестности и мрака, становясь его учителем. В другом варианте семейно-романических фантазий об идеализированных родителях спаситель и освободитель может приобрести черты богоподобного человека, давшего гениального потомка.

См. фантазия.
[261, 263, 326, 522, 706]

СЕПАРАЦИЯ, ОТДЕЛЕНИЕ (SEPARATION)

Термин, обозначающий уход от объекта или прекращение с ним каких-либо отношений. В психоаналитическом смысле сепарация представляет собой интрапсихический процесс, входящий в структуру сепарации-индивидуации, благодаря которому индивид приобретает чувство себя как самостоятельной и независимой от объекта целостности. Способность к сепарации является важным компонентом развития каждого индивида. Умение изживать проявления сепарации указывает на достижение индивидом соответствующего уровня развития. С другой стороны, несвоевременное или чересчур резкое отделение ребенка от заботящегося объекта может привести к серьезным осложнениям и искажениям развития и адаптации, вплоть до возникновения длительной депрессии или психопатических явлений. Вызывающая травму сепарация может быть обусловлена как физической, так и психологической недоступностью объекта.

См. депрессия, объект, сепарация-индивидуация.
[123, 294, 587]

СЕПАРАЦИЯ-ИНДИВИДУАЦИЯ (SEPARATION-INDIVIDUATION)

Термин, предложенный Малер для описания двух взаимосвязанных процессов, постепенно разворачивающихся в ходе

психического развития, в частности, для описания "психологического рождения" ребенка. Термин применяется также в теоретическом смысле при изучении некоторых процессов и/или стадий развития. До наступления фазы сепарации-индивидуации можно наблюдать предшествующие очерченные периоды развития — *нормальную аутистическую фазу* (от момента рождения до десятой—двенадцатой недели жизни), отличающуюся сравнительным "безразличием" (отсутствием ответов) на внешние стимулы и *нормальную симбиотическую фазу* (от шести недель до конца первого года жизни), характеризующуюся установлением специфической аффективной привязанности ребенка и матери.

Понятием *симбиоза матери и ребенка* принято обозначать восприятие ребенком материнского объекта и себя как двуединого существа (Mahler & Gosliner, 1955); при этом мать выступает в виде удовлетворяющей потребности ребенка части его Самости. При усилении фрустрации и удовлетворения, а главное — при их чередовании, младенец начинает осознавать "нечто вовне" (вне симбиотического дуального единства) и вырабатывать устойчивый образ матери. Симбиотические взаимоотношения проявляются прежде всего специфической реакцией улыбки на мать. В свою очередь, осознаваемые или бессознательные способы поведения по отношению к младенцу создают основу для его концепции объектного мира и формирования Самости.

Наступление фазы сепарации-индивидуации, заканчивающейся примерно в возрасте 24-х месяцев, приходится на пик симбиоза в пяти-шестимесячном возрасте. Сепарация отражает процесс выхода из симбиотического единства с матерью и наряду с формированием представлений о матери "вне Самости" включает установление объектных отношений. *Индивидуация* подразумевает процессы различения и ограничения ребенком собственных свойств и особенностей, то есть процессы дифференциации Самости и объекта и создание интрапсихического образа Самости в виде серии последовательных представлений. Малер выделяет в процессе сепарации-индивидуации четыре подфазы:

1. *Дифференциация* (от пятого-шестого до десятого месяца жизни), отличающаяся

нарастающим осознанием заинтересованности ребенка в событиях внешнего мира, а также “выуплением” из симбиотического единства.

2. *Упражнение* (между десятым и пятнадцатым месяцами жизни), характеризующееся испытанием и оценкой зарождающихся моторных и когнитивных навыков, развитие которых приводит к дальнейшей физической и психологической сепарации. Однако на этом этапе развития ребенок еще не может обойтись без поддержки со стороны матери, присутствие которой необходимо для эмоциональной подпитки, особенно в состоянии упадка сил или усталости. Основным настроением в этой подфазе является эйфория, сопровождающаяся ощущением собственного всемогущества и верой во всеислие матери.

3. *Восстановление* (между шестнадцатым и двадцать четвертым месяцами жизни) отражает процесс и/или период разрешения интрапсихического кризиса, связанного с противоречивыми желаниями оставаться вместе с матерью, с одной стороны, и быть самостоятельным, осознающим себя в качестве независимого индивида — с другой. Развитие когнитивных процессов заставляет ребенка болезненно осознавать свою обособленность от матери и невозможность удерживать ее под своим контролем. Именно здесь впервые проявляется страх сепарации, ослабевает чувство собственного всемогущества, теряется прежняя уверенность во всеислии матери, контролировать которую теперь ребенок пытается с помощью манипулирующего поведения. В этой подфазе трудности, возникающие между матерью и ребенком, отражаются в конфликтах анальной и ранней эдиповой фаз психосексуального развития. Интенсивность амбивалентности постепенно убывает, а у ребенка развивается более реалистичное восприятие себя и возрастает автономия.

4. *На пути к константности объекта* (между двадцать четвертым и тридцатым месяцами жизни) — период, когда ребенок начинает интересоваться качеством и функцией психического репрезентанта матери. Константность либидинозного объекта означает, что качество любви психического репрезентанта матери вызывает у ребенка примерно такое же чувство надежности и комфорта, которое вызывает реальное

присутствие матери. Интрапсихическая репрезентация матери получает позитивный катексис даже тогда, когда ребенок сердится или отделяется от матери на определенный период времени.

Поскольку ни воспоминания, ни психические репрезентанты не могут полностью заменить реальной любви объекта, период “на пути к константности объекта” представляет собой безграничный, длящийся в течение всей жизни процесс, который никогда не может стать завершенным.

См. константность объекта, сепарация, симбиоз.
[583, 588, 589]

СИГНАЛЬНАЯ ТРЕВОГА (SIGNAL ANXIETY)

См. тревога.

СИЛА Я (EGO STRENGTH)

Слабость Я (Ego Weakness)

Клинические термины, предназначенные для общей оценки психического функционирования по отношению к Самости, объектам и внешнему миру. При столь глобальном подходе, однако, появляется опасность не заметить силу или слабость в специфических сферах функционирования. Сильное Я можно определить как реальную способность справляться с внутренними побуждениями и с проявлениями внешнего мира. Такая сила развивается лишь со временем и дает возможность индивиду, даже при его склонности к выраженным психопатологическим нарушениям, выглядеть психологически здоровым.

Общая сила Я складывается из следующих элементов: индивидуальной толерантности к тревоге, способности к модулированию и канализации инстинктивных побуждений и требований Сверх-Я, адекватной оценки реальности, чувства реальности мира и Самости, адекватной толерантности к фрустрации и контролю над импульсами, способности к концептуализации и к использованию абстрактного мышления и способности к адекватному использованию

защит Я. В свою очередь, эти способности являются производными отдельных функций Я — перцептивной, интегративной, защитной и т.д. Сила Я включает в себя способность справляться со стрессом, различные хобби и увлечения и чувство юмора.

Слабость Я представляет собой нарушение либо недостаточность указанных выше способностей. Она может быть следствием перенесенной в раннем детстве психологической травмы. Основными факторами, способствующими проявлению слабости Я, являются генетические и внутриутробные нарушения, влияющие на церебральные функции. Фрейд первым указал, что конституционально обусловленные необычайно сильные влечения могут вести к задержке развития и тем самым к слабости Я.

Понятие силы и слабости Я имеет особое значение при оценке готовности пациента к анализу, поскольку его успешность в значительной степени зависит от способности пациента контролировать импульсы, его толерантности к фрустрации, интеллекта и оценки реальности. Анализ лиц с выраженной слабостью Я иногда возможен, однако он требует определенных изменений классической техники. Среди таких пациентов лучше других поддаются анализу лица, страдающие пограничными личностными расстройствами, однако сохраняющие специфические и относительно стабильные патологические структуры, несмотря на выраженную слабость Я (плохой контроль над импульсами, недостаточная толерантность к тревоге, недостаток каналов для сублимации, нарушения дифференциации Самости и объектов, преобладание примитивных механизмов защиты, таких, как расщепление и проективная идентификация).

См. защита, функции Я.
[204, 490, 872]

СИМБИОЗ (SYMBIOSIS)

Понятие, обозначающее состояние взаимосвязи ребенка с матерью. В психоаналитическую теорию введено Алисой Балинт (1949) и Терезой Бенедек (1949). Термин *симбиоз* отражает обоюдные, взаимосвязанные потребности и способы удовлетворения ребенка и матери. Независимо от

упомянутых выше авторов понятие симбиоза разрабатывалось в работах Малера и ее коллег в несколько ином — метафорическом смысле (Mahler, 1952; Mahler & Gosliner, 1955, Mahler & Furer, 1968). Малер использовала этот термин не столько для обозначения переживаний матери по поводу ребенка, равно как и не для отражения биологической концепции единства двух номинально независимых существ, сколько для описания "...слияния с матерью, при котором Я еще не дифференцировано от не-Я, а различие между внутренним и внешним только начинает ощущаться" (с. 8).

В 1975 году Малер, Пайн и Бергман попытались расширить дефиницию симбиоза, включив определение Бенедек: "Симбиоз есть выражение социобиологической взаимосвязи между ребенком в возрасте от одного до пяти месяцев и его матерью... при которой интрапсихические представления младенца о матери и себе еще не достаточно дифференцированы. Со второго месяца жизни ребенок начинает вести себя, будто он и его мать представляют собой дуальное единство внутри общих границ ("симбиотическая мембрана") (с. 290—291).

См. сепарация-индивидуация.
[56, 67, 580, 587, 588, 589]

СИМБИОЗ МАТЕРИ И РЕБЕНКА (MOTHER-INFANT SYMBIOSIS)

См. сепарация-индивидуация.

СИМБИОТИЧЕСКАЯ ФАЗА (SYMBIOTIC PHASE)

См. сепарация-индивидуация, симбиоз.

СИМВОЛ (SYMBOL)

Символизация (Symbolization) Символизм (Symbolism)

Символизм есть форма непрямого, косвенного представления; *символизация* — уникальный, присущий только человеку пси-

хический процесс замещения одних образов другими идеационными образованиями, характеризующимися лишь отдаленным сходством с первичными представлениями — сходством, основанным на случайных, вторичных, малосущественных деталях. В широком смысле понятие символа относится ко всем видам замены простого словесного выражения наблюдаемых и гипотетических явлений другими, непрямыми способами отражения — математическим, химическим, физическим, фонетическим, речевым и др. В психоанализе принято разграничивать два основных типа символического отражения явлений: 1) сравнительное (в виде *знака* или признака), когда соотношение между обозначаемым (понятием) и обозначающим средством (звук, образ) строится на основе общепринятых в данной культуре правил (соглашения), как это бывает в случае большинства употребляемых слов; 2) в виде *символа*, имеющего сознательную, “явную” часть, но на самом деле отражающего скрытое, латентное, бессознательное психическое содержание. Во втором случае соотношение между символом и его содержанием основано на общем сходстве либо аналогии. Так, например, образ дома может отражать человеческое тело, вид башни — пенис и т.п. Подобные косвенные и произвольные элементы понятия *символ* лингвистом де Соссюром (1966) обозначены как *мотивационные*. Именно этот — мотивационный — смысл вкладывал в понятие символа и Фрейд. С его точки зрения, *символическое* значение выявляется посредством ассоциаций, нередко весьма неопределенных, а потому трудноразличимых.

Если знак “...как средство общения связан с торможением разрядки, препятствием на ее пути... то символ при вытеснении либо искажении бессознательного содержания имеет возможность ‘разрядиться’ прямым, непосредственным образом” (Veres, 1960, с. 330). Различия между знаком и символом, а также сознательными и бессознательными символическими процессами подробно изучены в работах Пиаже (1962), Вернера и Каплан (1984).

Символы могут рассматриваться как некие “заменители” языкового выражения (чисто конвенциональной системы) или же сознательной либо бессознательной орга-

низации мышления, проявляющегося в виде свободных ассоциаций. Язык, знаковая система и упорядоченное мышление, напротив, являются подвидами врожденной способности к репрезентации (символизации в широком смысле), с помощью которых они могут реализовываться и сохраняться.

Интерес к проблеме символа в психоаналитической теории имеет длительную историю; он восходит к наблюдениям Фрейда, выявившего параллели между представлениями у людей примитивных культур и невротическими симптомами и символическими сновидениями у современников. Все виды символов Фрейд понимал как следствие бессознательных первичных процессов, направленных на снижение уровня тревоги (с помощью вытеснения неприемлемых для индивида желаний и мыслей). Символообразование сдерживает разрядку напряжения, возникающую между побуждениями и возможными реакциями. Символы призваны смещать желаний с запретных объектов на объекты-“заменители”, обеспечивая тем самым непосредственное удовлетворение. Компромисс, достигаемый частичной экспрессией с помощью символов, служит как индивиду, так и культуре.

Фрейд отмечал, что основными объектами символического выражения являются функции тела и его отдельных частей, сексуальность, семья, а также рождение и смерть, что, в частности, подтверждается содержанием конфликтов, симптоматики и проблем пациентов. В более поздних психоаналитических концепциях учитываются также способы самораскрытия Самости (Ricoeur, 1970). Специфическое символюобразование в структуре нарушений мышления, расстройств настроения и характера можно интерпретировать как усилия индивида заново обрести утраченные объекты или восстановить утраченную упорядоченность — упорядоченность, достигнутую благодаря способности человека к символизации в широком смысле слова.

Ранние убеждения Фрейда относительно универсального, врожденного характера символов и первичных фантазий в настоящее время подвергаются существенному пересмотру. Принято считать, что сходство основных символических образов в различных культурах связано с общностью человеческого опыта как такового, с формами

выражения детской любознательности и, наконец, с собственно когнитивными процессами, задействованными в символообразовании. Однако, как отмечал Фрейд (1918), когнитивные процессы не всегда соответствуют схемам, связанным с индивидуальным опытом. В подобных случаях символы могут отражать не только отсутствующие в прошлом опыте индивида события, но и отдельные аспекты “перспективы”. Иными словами, подмеченные Фрейдом схемы когнитивных процессов детерминированы не столько прошлым опытом индивида, сколько моделью, состоящей из компонентов как прошлого, так и “будущего” (Smith, 1976).

Несмотря на отсутствие прямых связей между символами и образованием ассоциаций, знание и осторожное использование бессознательных характеристик символа может стать важным подспорьем в понимании различных конфликтов пациента. Символизм всегда сочетается с неоднозначностью интерпретаций и поэтому требует учета всех допустимых значений символа, приобретающего конкретное выражение только в общем контексте защитных либо адаптивных процессов. Исходя из общетеоретических положений, определенные аспекты междисциплинарного изучения символизма должны включать в себя проблемы формирования и раннего развития процессов символизации, соотношений между символическими формами выражения состояний сознания, а также степени вовлеченности конфликтных образований в процессы символизации.

См. *первичный процесс, представления, сновиденье, сновидения*.
[71, 106, 249, 289, 296, 326, 686, 722, 726, 756, 784, 796, 858, 871]

СИМВОЛИЧЕСКАЯ РЕПРЕЗЕНТАЦИЯ (SYMBOLIC REPRESENTATION)

См. *сновиденье, сновидения*.

СИМВОЛИЧЕСКОЕ ОТОЖДЕСТВЛЕНИЕ (SYMBOLIC EQUATION)

См. *теория Кляйн*.

СИМПТОМ (SYMPTOM)

Симптомообразование (Symptom Formation)

В узком смысле *симптом* можно определить как проявление (болезни), отраженное в жалобах пациента, тогда как *признак* — это внешний индикатор патологии. Различия между двумя понятиями, таким образом, заключаются в противопоставлении субъективного (симптом) и объективного (признак). Если, однако, обратиться к семантике понятия *симптом*, то это слово толкуется более пространно и включает “...любые (телесные или психические) феномены, обстоятельства, изменения или состояния, возникающие вследствие заболевания, сопровождающие его или повреждения и указывающие на наличие таковых” (Oxford English Dictionary, с. 2111). Очевидно, что такое определение устраняет различия между признаком и симптомом.

В отличие от черт характера симптомы, как правило, преходящи, чужды Я или даже “дисфоричны”. Так, заторможенность — поведение, характеризующееся ограничением определенных областей функций Я, — может быть либо симптомом, либо чертой характера. При этом и заторможенность и соответствующие черты характера могут отвечать более широкому определению симптома. То и другое невозможно четко разграничить, и этот факт отражается в разном использовании термина в клинической практике.

Психоневротические симптомы обусловлены бессознательными психическими конфликтами, возникающими на основе противоборствующих внутренних сил индивида. Такие силы состоят из вытесненных дериватов (бессознательных фантазий, побуждений, желаний) детских инстинктивных влечений (как сексуальных, так и агрессивных), особенно тех, что наиболее тесно связаны с эдиповой стадией развития. Вторым источником формирования конфликтов является препятствие морального или адаптивного типа, создаваемое психическими структурами (Я, Сверх-Я) на пути дериватов влечений, стремящихся попасть в область сознательного мышления и поведения.

Однако не все бессознательные конфликты приводят к образованию симптома,

поскольку большинство конфликтов может приобрести универсальный и неизбежный для индивида характер. В детстве конфликты влечений не всегда становятся причиной симптомов. Такие конфликты могут, например, вести к появлению стабильных защитных паттернов, играющих важную роль в процессах формирования характера. С другой стороны, они могут быть достаточно удачно разрешены — либо в виде приемлемого непосредственного удовлетворения инстинктивных влечений, либо путем субlimации.

Если же равновесие между инстинктивными силами и силами вытеснения нарушается — либо при усилении первых, как это наблюдается в пубертате, либо при ослаблении вторых при физических заболеваниях, — вытесненные дериваты влечений начинают угрожать проникновением в область сознания, порождая чувство тревоги или вины. В такой ситуации интенсивность аффективного ответа индивида может выйти за рамки его сигнальной функции, что в конечном итоге приводит к формированию симптома. Развитие подобных симптомов осуществляется по закономерностям компромиссного образования, включающего как частичное “замещение” удовлетворения дериватов влечений и сопровождающих их бессознательных желаний, так и противодействие механизмов вытеснения и адаптации. Таким образом, компромиссное образование является неполной, хорошо замаскированной и нераспознаваемой формой выражения влечений.

Важным элементом компромиссного комплекса является также само душевное страдание, связанное с наличием невротических симптомов. Страдание удовлетворяет бессознательную потребность Сверх-Я в наказании — потребность, связанную с частичным “симптоматическим” удовлетворением дериватов влечений. В то же время психоневротические симптомы позволяют больному в значительной степени избежать нежелательного чувства вины или тревоги, которое мог бы вызвать полный и незамаскированный прорыв дериватов инстинктивных влечений.

Формирование психотических симптомов (хотя и сходное с невротическим) основано на конфликтах более ранних уровней развития Я и либидо. Эта группа симптомов отражает такие изменения взаимоот-

ношения больного с другими объектами внешнего мира, которые в итоге приводят к нарушениям чувства реальности.

Формирование конкретных симптомов и характеризующихся ими нозологических синдромов зависит от факторов конституционального предрасположения и влияния раннего жизненного опыта, что ведет к комплексу вариаций и зависит от природы невротического конфликта, задействующего конкретные инстинктивные силы и защиты, сильных и слабых сторон психического аппарата и его составляющих, включая структуру характера, а также от типа реакций и интенсивности стресса и травм в более позднем возрасте. Конкретную форму психологической болезни принято называть *выбором невроза*.

См. компромиссное образование, конфликт, психоз, психоневроз, структурная теория, торможение, тревога, характер.

[30, 45, 274, 694]

СИМПТОМАТИЧЕСКОЕ ДЕЙСТВИЕ (SYMPTOMATIC ACT)

Действие типа оговорки, описки, забывания или других искажений поведения, являющихся результатом взаимодействия психических сил. Если психическое равновесие поколеблено состоянием выраженной усталости или переживания, те или иные силы могут получить преобладающее влияние и проявиться в форме безобидной, безвредной для индивида разрядки. Канализация напряжения такого рода отражает прорыв побуждений, защитных или компромиссных образований. В отдельных случаях разрядка может выразиться в виде соматического ответа (например, мышечного сокращения). Подобные кратковременные симптоматические действия всегда имеют собственные мотивы и свою направленность, их появление никогда не бывает случайным и, как правило, оно указывает на существование определенных бессознательных психических процессов.

Симптоматические действия могут отражать и явные психические расстройства, но в то же время могут быть сообразными Я и не иметь никакого психопатологического значения. Некоторые виды симптоматических поступков представляют собой более

сложные образования, формирующиеся при взаимодействии психических сил, вовлеченных в сновидения, фантазии, мысли и действия и способных разрешать конфликты, определять адаптивные либо дезадаптивные формы поведения.

[252]

СИТУАЦИЯ УГРОЗЫ ДЛЯ Я (DANGER SITUATION OF THE EGO)

См. *тревога*.

СКОПОФИЛИЯ (SCOPORNITIA)

Врожденное влечение смотреть и получать от этого удовольствие. Первая часть термина происходит от греческого слова "смотреть" ("скопо", ср. также *телескоп*, *микроскоп*, *отоскоп*). Термин *скопофилия*, таким образом, является переводом на греческий язык немецкого слова "Schaulust". Иногда скопофилию путают с созвучным ему термином *скоптофилия*. Греческое слово "скопт" означает глумление, высмеивание. Соответственно, скоптофилия обозначает состояние наслаждения от высмеивания кого-либо и в качестве самостоятельного термина практически не используется.

Скопофилия представляет собой один из наиболее ранних компонентов парциальных влечений, описанных Фрейдом в 1905 году. При этом скопофилия выступает как активная часть компонентного влечения, пассивной составляющей которого является эксгибиционизм — стремление быть увиденным, рассматриваемым. В процессе нормального развития скопофилия и эксгибиционизм участвуют в формировании таких сублимированных черт личности, как любознательность, способность к обучению и творческое самовыражение; с другой стороны, провоцируемая обоими компонентами тревога может вызывать невротический конфликт и сдерживание активности. Фиксация на компонентных влечениях, включая активную и пассивную формы жестокости, играет существенную роль в возникновении психоневрозов, а также перверсий зрелого возраста — вуайеризма и эксгибиционизма.

Наивысшее удовольствие при скопофилии доставляет рассматривание обнаженного тела, гениталий или полового акта. С этим тесно связан вуайеризм, при котором желание подсматривать сексуально возбуждающие сцены чаще всего приводит не к сексуальному контакту с партнером, а к мастурбации.

Поскольку активные и пассивные желания тесно взаимосвязаны, скопофилия может сопровождаться наслаждением от разглядывания другими. Исходя из этого, Аллен (1974) предложил термин *скопофобия*, обозначающий страх быть рассматриваемым, то есть страх перед рассматриванием как в пассивном, так и в активном смысле.

См. *вуайеризм*, *компонентные влечения*, *эксгибиционизм*.

[20, 256, 833]

СКОРБЬ (MOURNING)

Понятие, отражающее процесс восстановления психического равновесия после утраты значимого объекта любви. Хотя это понятие применимо прежде всего к ситуации, связанным со смертью любимого человека (невосполнимая утрата), скорбь является нормальной реакцией на любую значимую потерю. Душевная боль скорбящего человека сопровождается, как правило, потерей интереса к внешнему миру, охваченностью воспоминаниями о любимом объекте и снижением способности к новым эмоциональным привязанностям. Простое, неосложненное чувство скорби не является патологическим и не требует лечебного вмешательства. С течением времени индивид адаптируется к утрате и возобновляет общение, приносящее радость и удовольствие.

Хотя оценка реальности остается сохранной и подкрепляет понимание того, что любимый объект более не существует, движимое изнутри чувство скорби не дает сразу и полностью отторгнуть привязанность к этому объекту. Скорбящий вновь и вновь пытается отрицать реальное и возвращается к психическому образу утраченного объекта. Тем самым утрата объекта трансформируется в утрату Я. Постепенно, одна-

ко, проходя стадии развития процесса скорби, Я исцеляется, и психическое равновесие восстанавливается. "Работа" скорби состоит из трех последовательных взаимосвязанных фаз. При этом успешное завершение предыдущей фазы влияет на осуществление последующей: 1) принятие, понимание и совладание с фактом утраты и сопровождающих его обстоятельств; 2) собственно скорбь, характеризующаяся отходом от привязанности и идентификации с утраченным объектом (декатексис); 3) возобновление эмоциональной жизни в соответствии с уровнем собственной зрелости и, как правило, установление новых взаимоотношений (рекатексис). Способность к полному переживанию печали в любом возрасте зависит от таких внутренних и внешних факторов, как уровень эмоциональной зрелости, умение переносить душевную боль, устойчивость самооценки, степень зависимости от утраченного объекта, а также от особенностей ситуации утраты. В детском возрасте исход процесса переживания скорби зависит от таких факторов развития, как уровень постоянства Самости и объекта, способности воспринимать конкретные аспекты смерти, умения переносить болезненные аффекты и от поддерживающих взаимоотношений с родителями.

Термин *скорбь* может применяться по отношению к процессам, не обязательно связанным с утратой в виде смерти близких. Печаль и скорбь, например, могут возникнуть вследствие утраты идеалов либо свободы любимой страны; скорбь возможна и по поводу утраты какой-либо части тела (вследствие вынужденного оперативного вмешательства или несчастного случая). Утрата неодушевленных, но значимых объектов (дом и т.п.), индивидуально значимые ситуации (работа, развод, разрыв дружеских отношений, отделение детей, окончание анализа) могут также сопровождаться чувством печали.

Хотя Фрейд различал нормальное чувство скорби и депрессию, большинством психоаналитиков столь строгая дифференциация не признается. Некоторые формы депрессии связаны с биологическими, этиологическими факторами и лишь в незначительной степени с утратой того или иного объекта.

См. депрессия, катексис, объект, печаль.
[122, 160, 294, 324, 690, 850, 900]

СКРЫТОЕ СОДЕРЖАНИЕ (LATENT CONTENT)

См. сновиденье, сновидения.

СКУКА (BOREDOM)

Болезненно воспринимаемое аффективно-ное состояние, характеризующееся диффузной напряженностью, нетерпением и чувством неудовлетворенности. Обычно скука проявляется в ситуациях, сопровождающихся монотонными переживаниями и недостаточностью удовлетворения либо внешней стимуляцией. Состояние скуки может отражать как реальные обстоятельства, так и структуру личности и потребности индивида. Скука интерпретируется как процесс возрастания защитной борьбы с недопустимыми фантазиями и импульсами, когда содержание импульсов вытесняется из мыслей, но напряженность достигает аффективного уровня. Считается также, что при таких состояниях имеется определенная предрасположенность, связанная с процессами развития. Так, более склонны к скуке дети, а также взрослые с пассивным и "полезависимым" характером.

См. апатия, аффект.
[194, 200, 865]

СЛИЯНИЕ-ПЕРЕНОС (MERGER TRANSFERENCE)

См. психология Самости.

СЛИЯНИЕ (СИМБИОТИЧЕСКОЕ) (MERGING)

См. океаническое чувство.

СЛИЯНИЕ (СИНТЕЗИРУЮЩЕЕ) (FUSION)

См. психическая энергия.

СНОВИДЕНЬЕ, СНОВИДЕНИЯ (DREAMING, DREAMS)

Сновиденье является нормальным регрессивным психофизиологическим феноменом сна, протекающим циклами по 90 мин. Сновиденье определяется по признаку “быстрого движения глаз” (REM-фаза), возникающему на первой стадии сна. У детей сон является более продолжительным, чем у взрослых; по меньшей мере 50% детского ночного сна занимает REM-фаза и сновиденье. В этой фазе наблюдается эрекция пениса и кровонаполнение клитора; этот признак используется при разграничении органической и психогенной импотенции.

Тревожные сновидения могут сопровождаться пробуждением в REM-фазе, при этом их содержание не запоминается. Тревожный выход из состояния сна может иметь место в любой из стадий. Сновидения, нарушающие 4-ю стадию сна, часто сопровождаются сомнамбулизмом, говорением во сне, ночными страхами (*pavor nocturnus*) и редко запоминаются. Забывание сновидений обусловлено как физиологическими особенностями (необходимостью незамедлительного восстановления внимания), так и психологическими факторами (вытеснением, сопротивлением, цензурой). Забытые сновидения удается воскресить в памяти при определенных условиях, например при психоанализе и гипнозе.

В работе “Толкование сновидений” Фрейд рассматривает феномен *скрытого*, или *латентного*, содержания, лежащего в основе сновидений. Попытки проникновения в сущность этого феномена привели Фрейда к наиболее важным теоретическим обобщениям его концепции. Другие исследователи считают, что сновидение является одним из способов решения конфликта — проработкой психотравмирующих переживаний и совладанием с ними, как настоящих, так и детского возраста. Сновидение рассматривается также как особая форма усвоения информации, способствующего совладанию с эмоциональными проблемами.

Процессы мышления и аффекты представлены в сновидениях в зрительной либо, что значительно реже, в слуховой форме; могут проявляться и другие модальности

сенсорного восприятия — осязательные, обонятельные, вкусовые и двигательные. С точки зрения Фрейда, сновиденье и сновидение являются результатом *работы сновидения* — психологического процесса, характеризующегося архаическими способами мышления, в частности *смещением*, *сгущением* и *замещением*, способствующими переводу скрытого содержания в явное сновидение. Два других элемента работы сновидения — *наглядная* и *символическая репрезентация* — представляют собой процесс трансформации мыслей в чувственные (сенсорные) символы и образы. И, наконец, *вторичная переработка* — соединение разрозненных образов и элементов сновидения и создание единого связного содержания (фабулы, действия). Иногда вторичной переработки не происходит, и тогда сновидение проявляется в виде расчлененных, разорванных или причудливо переплетенных серий образов и фраз.

Явное содержание сновидения — это то, что способен вспомнить пробудившийся индивид: взаимосвязанные образы, речь, содержание чувственных и аффективных компонентов, а также их *формальные аспекты*, включающие разделение на отдельные отрезки, комментарии сновидения и т.п. Сновидения на протяжении одной ночи либо одного и того же периода сна связаны единой и последовательной работой мышления; например, разрешение одного конфликта приводит к возникновению проблемы следующего сновидения, либо один и тот же конфликт проходит через всю ночь.

Процесс *образования сновидения* обычно рассматривается следующим образом: под воздействием регрессии, релаксации моторной сферы и ослабления сознательной и бессознательной цензуры оживляются архаические функции мышления, проявляющиеся в виде работы сновидения, использующей первичные процессы мышления. Работа сновидения, взаимодействуя с дериватами влечений детского возраста, защитой и связанными с ней конфликтами, а также с возникающими на этой основе представлениями, формирует зрительные образы (сновидения), замещающие собой мысли, порождаемые во время сна.

Остатки дня или провоцирующие стимулы представляют собой непосредственные источники материала для формирования

сновидения (то есть источники в виде безвредных элементов дневного содержания). Если события, впечатления, образы восприятия, мысли, идеи и чувства нескольких предыдущих дней возникают в сновидении как несущественные, то их значение следует искать в глубоко вытесненных влечениях, желаниях и конфликтах раннего детского возраста. Остатки дня связываются с бессознательными детскими влечениями и желаниями эротического и агрессивного характера, маскируя тем самым инфантильные импульсы, стимулирующие образование сновидения. К такой масровке добавляется процесс искажения (включая вторичную переработку), вызываемый работой сновидения.

Понятие "экран сна" было введено Бертрамом Левином для описания сновидений, не имеющих четкого и распознаваемого зрительного содержания. Такие сновидения представляют собой "чистый" или "пустой" фон, необязательно воспринимаемый таким или оживляемый в памяти. Их принято рассматривать как инфантильные сны, символизирующие фигуру матери или грудь. Некоторые авторы считают, что экран сна является фоном или матрицей сновидения; на этом фоне проявляются зрительные содержания, а также элементы бодрствования.

Фрейд называл сновидения "царской дорогой к бессознательному". Возрастающее значение психологии Я и проблем психоаналитического процесса способствовало тому, что толкование сновидений стало одним из наиболее важных элементов аналитической работы. Использование сновидений в терапии помогает, таким образом, вскрывать бессознательные проявления психического содержания, интегрировать детские фантазии и лежащие в их основе влечения и, наконец, связывать конфликты и защиты со скрытым содержанием, проявляющимся в актуальном поведении и переносе.

См. вытеснение, первичный процесс, регрессия, символ.

[25, 214, 216, 224, 249, 251, 292, 392, 555, 579, 533, 872]

СОВЕЩЬ (CONSCIENCE)

См. Сверх-Я.

СОЗНАНИЕ (CONSCIOUSNESS)

Сознательное (Conscious)

Качество психической осведомленности о проявлениях внешнего мира и интрапсихических феноменов. Другие феномены, остающиеся незамеченными, могут оказывать свое динамическое влияние.

Применяя топографический подход к психическим явлениям, Фрейд (1915) выделил сознательное (Сз), предсознательное (Псз) и бессознательное (Бсз) и определил их как динамические системы с собственными функциями, процессами, энергией и идеационным содержанием. Сознательное рассматривалось им как периферическая часть, получающая информацию как от внешнего мира, так и от тела и психики. Его отграничение от предсознательного, однако, не отличается той степенью ясности и четкости, которая позволяла отделить сознательное от бессознательного. Иногда первые две структуры рассматривались Фрейдом как единая система сознательного и предсознательного (Сз-Псз), располагающая свободой и подвижной энергией (*катектическое внимание*), способная извлекать определенные виды психического содержания из предсознательного и переводить их в сознание. В отличие от первичных процессов, протекающих в бессознательном, система сознательного и предсознательного оперирует вторичным процессом, характеризующимся логическим мышлением и речью.

Сознание, представляющее собой более высокий уровень психической организации по сравнению с восприятием, включает осознание материала, получаемого при восприятии внутренних и внешних событий, интеграцию этого материала, а также готовность к ответу на влияния внешнего мира. Сознание отражает индивидуальный, субъективный опыт, оно непрерывно во времени (включая сон и состояния диссоциации), но изменчиво по содержанию. Оно является продуктом того, что в свое время обозначалось Фрейдом как система восприятия-сознания (В-Сз) и рассматривалось им в качестве ядра Я. Система В-Сз функционирует таким образом, что восприятие внешних стимулов органами чувств становится основой функции проверки реаль-

ности. Следовательно, она предназначена для оценки качеств (приятное/неприятное) внутренних ощущений, инстинктивных желаний, воспоминаний, фантазий и мыслительных процессов. Фрейд сравнивал эту систему с органом чувств для восприятия психических качеств. Она может включать также некоторые формы осознания места и времени (прошлое, настоящее и будущее).

Все, что относится к сознанию, мимолетно. Оно, как считал Фрейд, изменяется в соответствии с направленностью внимания. То, что скрыто в данный момент, может легко снова стать сознательным. Сознание зависит как от качеств настоящей ситуации, так и от прошлого опыта индивида, его мотиваций, аффектов, воспоминаний и знаний. Феномены сознания мгновенны и сугубо индивидуальны. Они могут включаться в конфликты и защиту. При этом, однако, само по себе сознание не указывает на существование конфликта, поскольку определенные аспекты Я и Сверх-Я могут быть бессознательными, а конфликтующие идеи и представления, отрицающие эти аспекты, осознаться.

Измененные состояния сознания могут возникать под воздействием таких психологических и физиологических факторов, как сон, усталость, болезнь, гипноз и лекарственные средства. Обычно они проявляются в чрезмерной настороженности либо в снижении качества осознанности внешних стимулов, а также во временной приостановке функций Я (например, проверки реальности). Измененные состояния сознания включают в себя состояния сонливости, например во время уроков или монотонной езды, транс и близкие к нему состояния во время гипноза, анализа или отыгрывания, мистические переживания, а также состояния деперсонализации и дереализации (обычно регрессивные и защитные по своей природе).

См. бессознательное, деперсонализация, измененные состояния Я, предсознательное, топографический подход, Я.
[166, 249, 288, 480, 576]

СОЗРЕВАНИЕ (MATURATION)

См. развитие.

СОКРУШЕННЫЕ УСПЕХОМ (THOSE WRECKED BY SUCCESS)

См. невроз успеха, характер.

СОМАТИЗАЦИЯ (SOMATIZATION)

Тенденция реагировать на стимулы (включая влечения, защиты и конфликты между ними) физически, а не психически. Соматизация, обозначаемая (Фландерсом и Данбор) как *соматическая короткая цель*, отражает сдвиг психической энергии по направлению к соматической симптоматике.

Соматизация включает как конверсионные реакции, так и (психофизиологические) органические нарушения, но не столько различия между этими двумя типами нарушений, сколько их общие проявления.

По мнению Макса Шурра, соматизация связывает процесс симптомообразования с регрессией, возникающей в ответ на острый или хронический конфликт. Соматические реакции ребенка на вредоносные стимулы по мере созревания организма все более заменяются действиями и/или процессами мышления (*десоматизация*). Однако у невротических лиц психический конфликт нередко оказывает провоцирующее влияние и способствует возникновению регрессивных феноменов, включающих характерные для более ранних фаз развития соматические проявления. Шурр называет это *ресоматизацией*. Десоматизация предполагает существование скрытой способности Я использовать вторичный процесс для нейтрализации энергии; ресоматизация, наоборот, связана с преобладанием первичного процесса, сопровождающегося утратой способности к нейтрализации.

См. конверсия, невроз органов, первичный процесс, психосоматические состояния.
[171, 184, 698, 765]

СОМАТИЧЕСКАЯ ПОДАТЛИВОСТЬ (SOMATIC COMPLIANCE)

Термин, отражающий готовность и способность отдельных частей тела или систем органов вовлекаться в невротические про-

цессы, обеспечивая этим процессам регрессивные соматические пути для разрядки конфликта между влечениями и защитой. Основой соматической податливости пораженного органа является конституциональная или приобретенная недостаточность. Поэтому соматическая податливость рассматривается как феномен, оказывающий влияние на локус симптоматологии и проявления патологического процесса; она играет важную роль в “выборе невроза”.

Фрейд ввел это понятие в связи с истерией, в частности, при описании случая Доры, и оно встречается в ряде его ранних работ. Хотя оно применимо к широкому спектру так называемых неврозов органов (психофизиологических расстройств), термин *соматическая податливость* в современной психоаналитической литературе широкого применения не нашел.

[203, 253, 266, 271]

СОПЕРНИЧЕСТВО (RIVALRY)

Действие или состояние, направленное на борьбу за право обладать объектом и тем самым на уравнивание или улучшение собственной позиции по отношению к сопернику. Элементы соперничества проявляются, как правило, в борьбе за любовь первичного объекта или за обладание вещами или качествами другого человека. Соперничество может быть как сознательным, так и бессознательным; связанные с ним аффекты обычно включают в себя чувство антагонизма по отношению к сопернику, привязанности либо тоски по оспариваемому объекту, а также тревогу по поводу возможного исхода борьбы. Иногда чувство привязанности выступает в виде реактивного образования.

Во взаимоотношениях в триаде соперничество представляет собой часть доэдиповых переживаний. В типичных случаях оно проявляется в форме *соперничества с братьями и сестрами* или теми, кто их заменяет, за любовь одного или обоих родителей. Оно проявляется также в связи с отношением матери к отцу. Трансформируясь посредством эдипова комплекса, соперничество может приобретать черты ревности. При *эдиповом соперничестве* ребенок ос-

паривает любовь одного из родителей. Соперничество продолжается на протяжении всего развития, вплоть до зрелого возраста, и проявляется как во внесемейных, так и внутрисемейных отношениях. В зрелом возрасте соперничество может усиливаться под влиянием сохранившейся детской ревности.

См. *зависть, ревность*.
[636]

СОПРОТИВЛЕНИЕ (RESISTANCE)

Парадоксальный феномен, постоянно встречающийся при проведении ориентированной на инсайт терапии, в частности, при психоанализе. Пациент, ранее стремившийся найти профессиональную помощь и желавший разобраться в своих невротических проблемах, внезапно читит всяческие препятствия терапевтическому процессу. Спротивление может приобретать форму установок, вербализации и действий, препятствующих осознанию мыслей, представлений, воспоминаний и чувств или комплекса таких элементов, которые могут иметь отношение к бессознательным конфликтам. Хотя понятие сопротивления чаще связывают с уклонением от свободных ассоциаций, этот термин имеет более широкое применение и обозначает все защитные усилия индивида, направленные на избегание углубленного самопознания. Будучи на начальных этапах лечения бессознательным, сопротивление может сохранять свое влияние еще долгое время после того, как пациент поймет его сущность. Проявления сопротивления весьма многообразны — от комплексных и наиболее сложных до ограниченных форм, от “засыпания до изолированных аргументов” (Stone, 1973).

Спротивление является необходимым моментом любого аналитического процесса и варьирует от пациента к пациенту, равно как и в течение различных фаз лечения у одного и того же больного, не только по форме, но и по интенсивности проявлений. Анализ угрожает вскрыть неприемлемые детские желания, фантазии и побуждения, способные вызвать болезненный аффект; Я защищается от этой возможности, противопоставляя себя анализу.

Спротивление сыграло центральную роль в развитии психоаналитической техники и теории. Первоначально Фрейд рассматривал сопротивление либо как простое противостояние авторитету аналитика, либо как автоматически возникающую защиту против выявления забытых (вытесненных) следов памяти, связанных с провоцирующими симптоматику событиями. Однако когда Фрейд обнаружил, что сопротивление действует на бессознательном уровне, он убедился в важности не только способов проявления этого феномена для аналитической работы, но и его распознавания и интерпретации. С этого времени анализ сочетаний переноса и сопротивления стал главным в психоаналитической терапии. В дальнейшем признание бессознательной природы сопротивления (защиты) привело к отказу от топографической гипотезы и построению трехкомпонентной структурной модели. Фрейд полагал, что первоначально сопротивление исходит из защитных сил Я, с другой стороны, он признавал, что Оно обладает собственным сопротивлением (в частности, при вынужденном повторении). Свой вклад в сопротивление вносит также Сверх-Я, являющееся источником чувства вины и потребности в наказании. Этот элемент наказания не позволяет пациенту достичь успеха в выздоровлении и является основой потенциальной негативной терапевтической реакции.

Особенно важным в ходе любого анализа является сопротивление, возникающее в области переноса, то есть *сопротивление переносу*. Этот вид сопротивления может принимать форму защиты, например, против осознания собственных желаний, фантазий и мыслей, возникающих в процессе переноса. Или же при осознании переноса желаний и установок может стать настолько сильным, что будет мешать прогрессу анализа. В некоторых случаях в качестве сопротивления может выступать и сам процесс переноса, когда пациент пытается немедленно удовлетворить свои нарциссические, эротические или агрессивные желания, не задаваясь при этом целью вспомнить их истоки. Таковым, в частности, является отыгрывание.

В аналитической ситуации сопротивление исходит не только из личности пациента, оно может также отражать состояние аналитической диады в целом, то есть зависит от стиля работы, личности и проблем

контрпереноса у аналитика. Интенсивность переноса, особенно при отыгрывании, может усиливать технические погрешности, допускаемые аналитиком (несвоевременная интерпретация переноса и т.д.).

Если бессознательные конфликты пациента остаются нераскрытыми, но в то же время удается достичь частичного осознания проблем, сопротивление может сопровождаться задержкой или даже искажениями на пути к достижению положительного результата. Такая ситуация отражает бессознательно обусловленное нежелание обнаружить неприемлемые детские желания и их дезадаптивные проявления в форме симптомов, особенностей характера и поведения. Кроме того, индивиду трудно отказаться от невротических симптомов, когда удалось добиться их облегчения или равновесия. Эти многочисленные факторы, влияющие на сопротивление, делают процесс проработки важной частью аналитической процедуры.

См. конфликт, контрперенос, негативная терапевтическая реакция, проработка, структурная теория, топографический подход.
[164, 312, 542, 704, 829]

СОПРОТИВЛЕНИЕ ОНО (ID-RESISTANCE)

См. проработка, сопротивление.

СОСТАВЛЯЮЩИЕ САМОСТИ (CONSTITUENTS OF THEORY SELF)

См. психология Самости.

СОСТОЯНИЯ САМОСТИ (SELF STATES)

См. психология Самости.

СПАРИВАНИЕ (PAIRING)

См. теория Биона.

СРЕДНЕОЖИДАЕМАЯ СРЕДА (AVERAGE EXPECTABLE ENVIRONMENT)

Понятие, введенное Гартманном (1939) для обозначение таких условий внешнего мира, которые допускают по крайней мере среднее физическое и психическое развитие индивида. Гартманн полагал, что, с учетом беспомощности маленького ребенка и его полной зависимости от объектов, разрывание психических структур требует определенного состояния среды, соответствующего потребностям индивида. *Среднеожидаемая среда* предполагает “согласие” между индивидом и окружением, в отличие от аномальных, нетипичных и необычайно стрессогенных отношений со средой и/или отношений мать-ребенок. Для ребенка среднеожидаемая среда — это прежде всего “достаточно хорошая мать” (Winnicott, 1965). При этом “среднее” и “ожидаемое” следует рассматривать как относительные понятия. Индивидуальные переменные и переменные среды бесконечны, но чем меньше соответствие между ними, тем более выражена патология.

См. адаптация, достаточно хорошая мать, развитие, термины теории Винникотта.
[408, 419, 888]

СТАДИИ ЖИЗНЕННОГО ЦИКЛА (STAGES OF THE LIFE CYCLE)

См. развитие.

СТИМУЛЬНЫЙ БАРЬЕР (STIMULUS BARRIER)

Введенное Фрейдом (1920) понятие, обозначающее “щит, укрывающий от стимулов” (Reizschutz) и оберегающий психический аппарат ребенка от особенно интенсивных внешних стимулов. Фрейд выдвинул постулат о том, что травматический невроз может быть обусловлен “пробоиной”, возникающей в предохранительном щите под воздействием достаточно сильного возбуждения. Позднее Фрейд предположил (1938), что этот щит представляет собой особое порождение Оно, действующее как посредник

между Оно и внешним миром, то есть выступающее как предшественик Я.

Высказывания Фрейда по поводу предохранительного щита противоречивы. Судя по некоторым фрагментам, он выполняет экранирующую функцию, снижая исходную интенсивность стимулов, но не отражая их в целом. Неясно, рассматривал ли Фрейд щит как активное или пассивное образование.

Наблюдения над младенцами показывают, что нормальный новорожденный активно ищет стимулы и способен воспринимать и различать многочисленные внешние стимулы и реагировать на них селективно и адаптивно без травматических проявлений. В настоящее время считается, что новорожденный обладает не стимульным барьером, а “врожденным и продолжающим развиваться селективным экранирующим механизмом, при определенных условиях принимающим стимулы определенного типа и интенсивности и отвергающим остальные в зависимости от их качественных и количественных характеристик”. Мозг и психический аппарат можно рассматривать как “...системы переработки информации с врожденной тенденцией осуществлять поиск и реагировать на стимулы, активизирующие и обеспечивающие возможность такого функционирования”, а также обеспечивающие объектную привязанность (Esmán, 1983, с. 204).

См. психический аппарат, травма, травматический невроз.
[195, 300, 324, 338, 346]

СТРАХ НЕЗНАКОМЦА (STRANGER ANXIETY)

Специфические аффективные и поведенческие проявления тревоги, указывающие, согласно Шпицу, на второй сдвиг в психической организации младенца. Подобные проявления называют также *тревогой восьми месяцев*. Шпиц заметил, что в возрасте шести—восьми месяцев ребенок начинает по-новому реагировать на незнакомых ему людей. Если прежде младенец отвечал улыбкой на приближение любого человека, то теперь он реагирует на постороннего человека дистрессом. Эта реакция варьирует от напряженности, настороженности,

уклонения от контакта глаз и стремления спрятаться до пронзительного плача, крика и отказа от контакта.

Шлиц называл подобный ответ *тревогой*, однако в настоящее время установлено, что такая тревога представляет собой комплексное эмоциональное состояние, включающее в себя физиологические, аффективные и когнитивные компоненты, а потому переживать в полной мере младенцем не может. Следовательно, реакция, которую наблюдал Шлиц, скорее представляет собой дистресс (Katan, 1972; Brenner, 1982).

Хотя Шлиц и его современники полагают, что эта реакция на незнакомца указывает на способность различать “своих” и “чужих” (в настоящее время показано, что это новоприобретение достигается уже на третьем-четвертом месяце), она имеет далекие идущие последствия для психоаналитической теории. Она служит индикатором установления истинных объектных отношений, того, что мать стала либидинозным объектом. Она остается самым важным объектом независимо от того, насколько она удовлетворяет желания и потребности ребенка. Кроме того, эта реакция является индикатором развития способностей ребенка к суждению (Spitz, 1957) и расширения спектра аффективных реакций (Emde, Gaensbauer & Harmon, 1976). Развитие когнитивных функций, а также понимание запретов и приказаний возвещают о появлении предшественника Сверх-Я. Социальное взаимодействие становится более сложным, и можно также наблюдать появление предшественников защитных механизмов. Иными словами, Я становится более сложной организацией с рядом взаимодействующих систем.

См. константность объекта, психический аппарат, реакция улыбки.

[131, 181, 484, 803, 804, 843]

СТРУКТУРА (STRUCTURE)

Сочетание устойчивых проявлений (мотивационных, защитных, контролирующих) психики человека, абстрагируемых от особенностей поведения и анализа интрапсихического содержания. Структура основывается на влиянии конституциональных

данностей и факторов внешней среды, проявляющихся в разных фазах развития индивида. Структурные свойства формируются посредством идентификации в ранних отношениях, процессов научения, разрешения адаптивных конфликтов и т.д.

В зависимости от степени комплексности детерминации поведения теоретики по-разному определяли структуру как способ организации (в противоположность функциям), как стабильные функции, как набор функций в едином целом, как упорядоченные паттерны стимулов, служащих адаптации, как организацию целей и мотивов, как соотношение элементов в противоположность элементам как таковым и как иерархию регуляторов поведения.

Предлагаемые определения структуры отличаются различными уровнями сложности и зависят от теоретических взглядов авторов на проблему поведения человека. Так, например, в модели разрядки напряжения структура рассматривается в качестве системы каналов и ограничений; в модели влечения и защиты структура отождествляется с самой защитой; в трехкомпонентной модели в виде структуры выступают мотивации; в адаптивной модели — устойчивые функции; в рамках концепции объектных отношений структура представлена как продукт процессов идентификации; в теории научения — как паттерны поведения, приобретенного в процессе научения.

Структуру в широком понимании следует отличать от узкого определения структуры в рамках структурной теории, где предпринимается попытка описать состояния, возникающие после разрешения эдипова комплекса. Теоретики, занимающиеся вопросами развития, в качестве ранней точки отсчета, возвещающей о появлении устойчивого процесса интернализации, формирующего в течение всего жизненного цикла поведение индивида, ввели понятие сепарации-индивидуации.

См. структурная теория.
[421, 547, 630, 709]

СТРУКТУРНАЯ ТЕОРИЯ (STRUCTURAL THEORY)

Попытка объяснить с помощью определенной модели устойчивость, организацию

и взаимодействие отдельных, то есть относительно стабильных и функционирующих определенным образом, частей психического аппарата. Наиболее известной является *трехкомпонентная модель*, предложенная Фрейдом в 1923 году, хотя его более раннюю *топографическую теорию*, равно как и конструкции других аналитиков, также можно рассматривать как структурные.

Трехкомпонентная теория была разработана Фрейдом из-за несоответствия и ограниченности топографической модели при объяснении некоторых клинических данных. До 1923 года интрапсихический конфликт понимался как несогласованность между сознательной частью психики, включающей в себя силы вытеснения и моральные запреты, и бессознательным, куда помещаются отраженные инстинктивные влечения. Обнаружив, что психическая защита от влечений также действует бессознательно и что бессознательное чувство вины проявляется в различных клинических состояниях (негативная терапевтическая реакция, меланхолия, невроз навязчивых состояний и определенное преступное поведение), Фрейд представил новую теорию, призванную объяснить, каким образом психика функционирует в ситуации конфликта с инстинктивными влечениями. В соответствии с этой второй структурной теорией, рассматриваемой в настоящей работе как наиболее эвристическая, психику (психический аппарат) можно подразделить на три составные части (системы или структуры) с относительно устойчивой и прочной мотивационной конфигурацией. Эти части были названы *Я*, *Оно* и *Сверх-Я*. Необходимо отметить, что структурная теория не является попыткой материализовать или персонифицировать эти структуры, не имеющие ни материальной формы, ни определенного месторасположения.

Оно состоит из психических репрезентантов обоих инстинктивных влечений, либидо и агрессию, и отображает направленные на поиск удовольствия мотивы психической жизни индивида. Структура *Я*, развивающаяся, как полагал Фрейд, из системы *Оно*, является более интегрированной и организованной. *Я* регулирует проявление влечений, противостоит им и является посредником между ними и требованиями внешнего мира. На основе *Я* развиваются комплексные образования в виде симптомов,

фантазий, сновидений, действий и черт характера. Функции *Я* могут использоваться для облегчения процессов удовлетворения желаний и нужд *Оно*. Если желания становятся неприемлемыми для *Сверх-Я* либо слишком опасными для *Я*, функции *Я* могут принимать форму механизмов защиты. Одной из таких функций, инициирующих формирование защиты, является сигнальная тревога (Freud, 1926).

Фрейд полагал, что с разрешением эдипова комплекса в качестве части *Я* формируется третья составная психического аппарата, которую он назвал *Сверх-Я*, представляющее собой интернализацию родительских установок и ценностей в виде совести, призванной контролировать сексуальные и агрессивные влечения эдиповой фазы. Хотя в системе *Сверх-Я* присутствуют элементы доэдиповой и послеэдиповой фаз, основной вклад в нее вносит эдипов период. Таким образом, структурная теория описывает состояния психики после разрешения эдипова комплекса.

Некоторые теоретики полагают, что структурную теорию следует приравнять к структурам трехкомпонентной модели. По их мнению, ранние особенности развития психики трансформируются под влиянием переживаний эдиповой фазы и поэтому в зрелом возрасте не проявляются. Исходя из этого, становится понятным, что анализ прежде всего должен касаться психопатологических нарушений, концентрирующихся вокруг эдиповой фазы. Однако существует и противоположная точка зрения, согласно которой главной задачей анализа является раскрытие механизмов, регулирующих взаимодействие и напряженность, возникающие при устойчивых предневротических симптоматических и поведенческих проявлениях ранних детских переживаний, а также задержек, искажений и примитивных остатков, пробивающихся сквозь сложные характерологические образования. Широкий круг психоаналитиков проявил большой клинический интерес к нарциссическим состояниям и феноменам, связанным с процессами сепарации-индивидуации, что привело к разработке иных моделей психики, учитывающих подобный аналитический опыт. Однако для большинства современных аналитиков трехкомпонентная модель остается наиболее приемлемой парадигмой для формулировки и применения психоанали-

тической теории, поскольку она хорошо объясняет интрапсихические конфликты и пригодна для расширения и ассимиляции новых наблюдений и перспектив.

См. инстинктивные влечения, конфликт, метапсихология, Оно, психический аппарат, Сверх-Я, топографический подход.
[38, 45, 73, 114, 303, 312, 347, 738, 763]

СТРУКТУРНОЕ ИЗМЕНЕНИЕ (STRUCTURAL CHANGE)

Понятие, отражающее основную цель психоанализа. Главным достижением как для пациента, так и для его окружения, является изменение в симптоматике. Однако определенные изменения в симптоматике могут возникнуть и в результате сопротивления лечению (защитное бегство в здоровье, чтобы избежать исследования болезненных конфликтов), вследствие изменения жизненной ситуации (новый объект любви либо успехи, повышающие самооценку пациента), переноса (желания угодить терапевту). Подобные влияния и связанные с ними изменения отражают специфические аспекты состояния пациента — формирование компромиссного образования, смещение симптоматики и, возможно, временные структурные изменения.

Истинные структурные изменения представляют собой модификации внутри каждого из основных компонентов психического аппарата — модификации, редуцирующие конфликты между этими компонентами. Хотя основным фокусом анализа является Я, служащее посредником между силами всех систем психики, а также воздействий внешнего мира), осязательные перемены можно обнаружить в сферах Оно и Сверх-Я. Что касается сферы Оно, то здесь основным предметом воздействия является ослабление фиксаций, устранение регрессий, уменьшение интенсивности навязчивого повторения. В сфере Сверх-Я необходимо прежде всего пытаться снизить “суровость”, жесткость и “карательные” качества этой части психического аппарата, а также привести идеалы в соответствие с реальностью и сгладить прочие несоответствия между личностью и внешним миром. В области Я целью анализа является достижение максимально возможной самостоятельности функ-

ций (восприятия, памяти и регуляции деятельности), поврежденных конфликтом. Кроме того, необходимо устранить мозаичность механизмов защиты и прочих защитных процессов, чтобы человек мог осознавать, контролировать и разряжать сексуальные и агрессивные влечения, не испытывая тревоги, чувства вины и неадекватного торможения. Достижение перечисленных целей в значительной мере облегчает синтез, или интеграцию, разнородных влечений, тенденций и функций.

В процессе анализа редуцируется интенсивность конфликта между различными функциями Оно, Я и Сверх-Я, вследствие чего взаимодействие этих систем становится более гармоничным. Следовательно, основная задача анализа состоит в том, чтобы сделать эти изменения стабильными и стойкими.

Эта цель аналитической процедуры соответствует *конечным целям психоаналитического лечения*. Последние включают в себя устранение симптомов и торможений, изменения в структуре характера, улучшение способности пациента устанавливать и поддерживать объектные отношения, продуктивно и творчески действовать. Важными задачами являются также повышение уровня самопознания и саморазвития, включая осознание того факта, что полное совершенство является иллюзорным и недостижимым.

Хотя некоторые другие формы терапии направлены на достижение тех же целей, от анализа они отличаются прежде всего своими промежуточными задачами: в отличие от психоанализа в других формах терапии меньший акцент делается на структурных изменениях и основное внимание уделяется непосредственному изменению симптомов и поведению. В психоанализе главной целью является структурное изменение, создающее предпосылку для достижения остальных результатов.

См. конфликт, психический аппарат, структурная теория, терапевтическая цель.
[81, 131, 861]

СТРУКТУРНЫЙ ПОДХОД (STRUCTURAL VIEWPOINT)

См. метапсихология.

СУБЛИМАЦИЯ (SUBLIMATION)

Психический процесс, определяемый Фрейдом двояким образом. Впервые обоснованная теоретически в 1905 году, сублимация рассматривалась как отвлечение инстинктивных влечений от своих первоначальных целей и объектов в сторону социально более значимых. Тем самым предполагалось наличие в структуре психики постоянно действующего вытеснения. Изначально Фрейд полагал, что все поведение происходит из либидинозных влечений и усиливается ими, при этом цель либидинозного влечения нередко противоречит требованиям, предъявляемым индивиду культурой и социумом. Подобные гипотетические построения представляют собой попытку обосновать существование социально значимых, внешне несексуальных и неконфликтных видов деятельности — художественного творчества, труда, познания и т.п.

В основу первого определения сублимации положены следующие два момента: 1) аналогия с химическим процессом и 2) поэтическая метафора гордости, величия, возвышенности, противоположному низменному или ничтожному. Таким образом, социально ценное поведение отражает “очищенный” и более “сублимированный” вариант изначально “низменного” влечения. Фрейд изначально рассматривал сублимацию как превращение инстинктивного влечения, позднее — как функцию Я, как особую форму защиты.

В своей первой формулировке это понятие вызвало огромную критику (Bernfeld, 1931; Glover, 1931; Jones, 1941; Kubie, 1962). Определение основывалось на ценностном суждении о социальной желательности данного поведения, сомнительном подходе к дефиниции психического процесса. Даже если синтонность Я заменить социально ценными целями (как предлагал Бернфельд), исправленное определение по-прежнему не позволяет провести различия между сублимацией и функцией Я, которая стала “сексуализированной” и используется как защита характера. Такое определение не учитывает также стень вторичной автономии (термин Гартманна), которую приобретает поведение из своего первоначального, предположительно инстинктивного источника. Наконец, это определение ос-

твляет в стороне сублимацию агрессивных влечений.

Второе определение Фрейда оказалось более абстрактным, включающим в себя теоретически подразумеваемую (но клинически не наблюдаемую) десексуализацию психической энергии. В этой формулировке сублимация становится путем формирования черт характера, а еще позже — необходимым концептуальным инструментом для осмысления того, что Фрейд считал крайне важными преобразованиями либидо в процессе развития. В этом смысле сублимация рассматривалась Фрейдом как центральный механизм десексуализации либидо или как энергетический базис идентификации. Таким образом, вторая попытка определения сублимации, столь явно отличающаяся от первой, отражает приверженность Фрейда идее о принципиальной важности понятия “психическая энергия” в теоретических представлениях, выраженных в его метапсихологии.

Гартманн также попытался переформулировать понятие сублимации в чисто энергетических терминах. С его точки зрения, сублимация “относится к психическим процессам, изменяющим способы проявления энергии — от инстинктивного по направлению к неинстинктивному” (Hartmann, 1955, с. 223). Таким образом, сублимация приравнивается либо к нейтрализации либидинозной или агрессивной энергии, либо к неинстинктивной, врожденной нейтральной энергии, которой располагает Я. Следует отметить, однако, что концепция трансформации психической энергии, подвергаемая особо активной критике, в значительной степени утрачивает свою доказательную силу в свете эмпирически подтвержденных данных о взаимодействии таких компонентов, как дериваты влечений, идеационное содержание, защиты, аспекты совести (СверхЯ) и оценка реальности.

Постулируя врожденную первичную самостоятельность психического аппарата, Гартманн имплицитно признает, что нет необходимости предполагать, что все поведение первоначально имело сексуальные или агрессивные цели. Следовательно, не обязательно привлекать идею о некой трансформации, такой, как сублимация, для объяснения всех проявлений несексуального и неагрессивного поведения. Так, например, нет необходимости предполагать, что использова-

ние зрительного восприятия для получения полезной информации должно привести к сублимации вуайеризма или скопофильического инстинктивного влечения.

С клинической точки зрения, соответствующие феномены представляют собой формы поведения, которые имели когда-то сексуальные или агрессивные цели, но затем изменились, в результате чего их цели не являются ни эксплицитно сексуальными, ни эксплицитно агрессивными, но являются социально приемлемыми (если не полезными), удовлетворительными на сознательном уровне, а также скорее адаптивными и гибкими, нежели компульсивными. Термин *сублимация* вне связи с понятиями энергии и влечений может использоваться для описания подобных изменений в поведении, оставляя открытой возможность иного объяснения их механизмов, таких, как научение, созревание и взаимопроникновение мотивационных систем.

См. *инстинктивные влечения, интернализация, метаспихология, психическая энергия, Сверх-Я, функциональное изменение, характер, Я*

[80, 118, 256, 257, 303, 307, 388, 418, 464, 532]

ТАНАТОС (THANATOS)

См. *инстинктивные влечения*.

ТЕЛЕСНОЕ Я (BODY EGO)

Образ тела (Body Image) Схема тела (Body Schema)

В начале построения своей теории Фрейд, рассматривая ранние стадии развития Я, относил его проявления во многом к телесной сфере. Такой взгляд удерживался вплоть до создания структурной теории (1923). В этот период термин *Я* употреблялся Фрейдом неоднозначно и соотносился то с понятием индивида, то с психической организацией или структурой, то с образованиями, обозначаемыми в настоящее время термином *Самость* (Hartmann, 1964). В

современном понимании Я представляет собой одну из структур психического аппарата, характеризующуюся различными функциями и состоящую из важных подструктур, среди которых наиболее существенными являются репрезентации Самости и объектов. На ранних стадиях развития Я первые элементы репрезентации Самости откладываются в Я, а эти первые образы-впечатления о себе, как противоположные не-Я, обязательно основываются на телесных ощущениях. Именно эти первичные телесные представления, возникающие на ранних стадиях формирования образа Самости, и имел в виду Фрейд, когда говорил о *телесном Я*. Основное внимание ребенка сфокусировано на кормлении, поиске удовольствия и избегании неудовольствия (голода). Таким образом, рот (благодаря своей функции сосания) становится самым ранним ядром возникающей репрезентации Самости, к которому вскоре добавляются руки (прикосновение, хватание) и глаза (зрение) (Hoffer, 1949). Со временем, по мере развития ребенка и Я, формируется *схема* или *паттерн образа тела*. Пополняясь ощущениями, поступающими из области рта, рук, глаз, головы, а также под влиянием развивающегося либидо, образ тела становится все более четким. Локомоция и вертикальное положение тела добавляют новые структуры и функции, и постепенно рот и голова теряют свое физиологическое и психологическое значение. Наконец, в эдиповой фазе и позднее в пубертате наиболее катектированной становится область половых органов, которая теперь оказывает основное влияние на формирование образа тела. Таким образом, схема тела меняется соответственно процессам созревания и развития.

Термины *телесное Я*, *образ Я* и *схема Я* искусственно отделены от общей репрезентации Самости — в узком аспекте речь здесь идет о психической репрезентации тела и его функций. В аспекте развития тело является местом, где начинается репрезентация Самости. Но постепенно это развивается в репрезентацию всей психофизиологической Самости с прошлым, настоящим, влечениями, Я и его функциями и, наконец, силами Сверх-Я (Jacobson, 1964).

См. *репрезентация, Самость, Я*.
[420, 431, 451]

ТЕНЬ (SHADOW)

См. термины аналитической психологии.

ТЕОРИЯ БИОНА (BION'S THEORY)

Уилфред Р. Блон родился в 1897 году в Маттре (Индия) в семье британского служащего, потомка гугенотов. С восьми лет обучался в Англии. Обучаться психоанализу начал в 1930 году у Джона Рикмана, затем учился под руководством Мелани Кляйн. С 1962-го по 1965-й год являлся президентом Британского психоаналитического общества. В 1966 году переехал в Лос-Анджелес, где работал вплоть до смерти в 1981 году. Основные психоаналитические труды Блона посвящены психологии групп и проблеме психотического мышления.

Блоном описаны два типа поведения, наблюдающиеся в каждой группе. Они обозначены как модальность *рабочей группы* и стиль *базисных допущений*. Рабочая группа определяет свои задачи, разрабатывает цели и способствует кооперации членов группы. В своей теории Блон прежде всего исследует вопрос, почему так часто в группах не вырабатывается рабочий модус поведения. Им выделены также три вида базисных допущений — *зависимость, борьба/бегство и спаривание*, представляющих собой различные стили поведения внутри группы, ориентированного не вовне — на реальность, а вовнутрь — на фантазию. Эти допущения нередко препятствуют решению групповых задач, но их энергию можно все же использовать для выполнения этих задач. Базисные допущения представляют собой отвергаемую часть индивида; они, следовательно, анонимны, действуют безжалостно и поэтому вызывают страх (Roch, 1970).

Применив аналитические концепции Мелани Кляйн к группам, Блон сравнивал их ситуацию с регрессией к более ранним стадиям психического функционирования, на которых реактивируются психозоподобные тревоги и примитивные защиты от них, а именно проективная идентификация и расщепление (Ganzarain, 1980, 1988). Групповая регрессия препятствует символизации

и вербальной коммуникации в группе. Чем более выражена тенденция к функционированию группы на уровне базисных допущений, "тем меньше возможностей для использования вербальной коммуникации из-за преобладания невербального взаимодействия... Группы, по мнению Фрейда, будут приближаться к невротическим паттернам поведения, тогда как, на мой взгляд, они будут приближаться к паттернам психотического поведения" (Blon, 1961, с. 181). Одна из промежуточных целей психоаналитической групповой психотерапии, согласно Блону, состоит в необходимости раскрытия психотических проявлений, поскольку "...основной целью является проработка примитивных групповых защит (или базисных допущений) от психотических тревог, присущих всем членам группы, реактивированных в регрессивных взаимоотношениях переноса в группе. Однако, как достичь этой цели, он не показал" (Ganzarain, 1988).

Блон также использовал идеи Кляйн для объяснения особенностей психотического мышления, в частности, понятие проективной идентификации и расщепления, которые он рассматривал как характерные защиты "шизо-паранойяльной позиции". Неприязнь к реальности, считал он, способна обратить инстинктивную агрессию вовнутрь, расстраивая тем самым функции восприятия, в результате чего объективная, внешняя реальность не может восприниматься адекватным образом. Подобные нарушения влияют также на понимание индивидом эмоциональной, субъективной, интрапсихической реальности. В результате функции органов чувств и самосознание, будучи спроецированными и расщепленными на множество отдельных фрагментов, становятся дезорганизованными. В дальнейшем приступы враждебности нарушают интегративные способности, делая практически невозможным развитие или трансформацию мышления и тем самым ограничивая психотических индивидов в основном рудиментарными, неинтегрированными и фрагментарными мыслями.

Блон изучал также взаимодействие между аналитиком и пациентом, показывая, как аналитик выступает в роли "принимающего", который интуитивно понимает и трансформирует сообщения пациента, включая вышеупомянутые спроецированные бес-

сознательные тревоги. То, как действует аналитик, детально показано в книге Биона "Внимание и интерпретация".

Альфа-функция (Alpha Function)

Процесс восприятия психикой и дальнейшей трансформации "сырого" материала эмоциональных переживаний (бета-элементов) в чувствах, мышлении, сновидении и т.д. Альфа-функция включает в себя многое из того, что принято называть *первичным процессом*, но также содержит некоторые элементы вторичного процесса, в частности, основанные на реальных переживаниях.

Альфа-элемент (Alpha Element)

Психический материал, доступный для дальнейшей психической трансформации, подобно тому, как промежуточные ингредиенты психического метаболизма оказываются пригодными для психического функционирования — в сновидениях, памяти, эмоциях и т.д. Альфа-элементы включают посредством альфа-функции воспринимаемые структурами Я проявления сенсорного и эмоционального опыта (то есть бета-элементы).

Бета-элемент (Beta Element)

Сенсорная часть эмоциональных событий, проявляющаяся либо до осуществления процессов восприятия и трансформации переживаний (посредством альфа-функции), либо в качестве ингредиентов предопыта, которые стремятся пробиться в психику, но не имеют доступа к альфа-функциям и поэтому не могут трансформироваться в психические элементы. Бета-элементы пригодны только для неосуществленной проективной идентификации.

Задумчивость (Reverie)

Установка, которую мать, выступая в качестве пригодного "контейнера", принимает по отношению к проекциям ребенка, которые, не будучи абсорбированными материнским "контейнером", становятся причиной "безотчетного страха". Состояние задумчивости близко понятию "первичной материнской озабоченности" Винникотта.

Контейнер/содержимое (Container/Contained)

Обозначение основы любых отношений между двумя и более людьми, будь то ребенок и мать, мужчина и женщина, индивид и общество. В большинстве моделей ребенок проецирует часть своей психики, особенно неконтролируемые эмоции. Эти проекции абсорбируются матерью, "переводятся" на понятный язык, а затем, наполненные смыслом, возвращаются по назначению. В результате полный цикл представляет собой трансформацию детской проективной идентификации в осмысленное содержание. Эта концепция близка понятиям *поддерживающей среды* Винникотта и *объектов Самости* Кохута.

Понятие/предпонятие (Conception/Preconception)

Соотношение между антиципацией переживания (например, груди) и его реализацией, в случае которой понятие возникает в результате трансформации предпонятия. Предпонятия могут быть либо унаследованными (врожденными в смысле платоновской "идеи"), либо приобретенными на основе предыдущего опыта.

[88, 89, 90, 91, 92, 93, 94, 344, 345, 390, 725]

ТЕОРИЯ ВИННИКОТТА (WINNICOTT'S THEORY)

Дональд Вудс Винникотт родился в 1896 году в Плимуте (Англия) — оплоте религиозного неконформизма. Его отец посвятил себя гражданской деятельности, ценности которой были восприняты и продолжены сыном. Живой интерес к трудам Ч. Дарвина и знакомство с ними убедили Винникотта в необходимости серьезного биологического образования. Сначала он поступил на биологический факультет Кембриджа, а затем продолжил обучение в области общей медицины и педиатрии. Сорок лет практической работы в детской клинике предоставили ему великолепную возможность наблюдать за поведением матерей и их детей. Свой первый анализ Винникотт проходил в течение десяти лет у Джеймса Стрейчи, за этим последовал еще один краткий анализ у Джоан Ривьеры. В 30-е годы Винникотт работал под руководством

Мелани Кляйн, которую впоследствии считали своим учителем и наиболее продуктивным после Фрейда психоаналитиком.

В годы Второй мировой войны, в период кризиса Британского психоаналитического общества и его раскола на последователей Кляйн и Анны Фрейд, Винникотт попытался создать независимую группу. Споры и дискуссии укрепили его воззрения на значимость факторов окружения в развитии ребенка, что в определенной степени противоречило взглядам Кляйн.

Наряду с педиатрической работой и детским анализом Винникотт занимался лечением психических расстройств у взрослых пациентов. Эта работа заключалась в достижении того, что он называл “фазой управления” пациентом, который “регрессировал к зависимости” (значение термина *регрессия* Винникотт понимал иначе, чем Фрейд). Такие пациенты нуждаются скорее в устойчивой эмоциональной поддержке или заботе, нежели в предваряющей анализ интерпретационной работе (хотя в редких случаях он действительно держал пациента за руку). В процессе практической деятельности Винникотт пришел к выводу, что поведение терапевта имеет не меньшее значение, чем его умение хорошо интерпретировать конфликты. Отсюда и его убежденность в важной роли матери в раннем развитии ребенка. Многочисленные собственные исследования и наблюдения позволили Винникотту построить логичную и цельную теорию раннего детского развития, начинающегося с состояния беспокорства матери о ребенке (*первичной материнской озабоченности*).

В работах Винникотта фигуре отца уделяется значительно меньше внимания — он писал прежде всего о пациентах, проблемы которых проистекали из ранних взаимоотношений с матерью.

Настоящего признания Винникотт добился благодаря разработанной им концепции *переходного объекта*. Он считал, что потребность ребенка иметь любимый предмет (игрушку), за которым нужно ухаживать, является моментом, в котором чувство всемогущества пересекается с влияющими внешней среды. Пытаясь создать идеальный объект, ребенок неизбежно сталкивается с реальными объектами, существующими в конкретной среде. При этом точка пересечения внешнего и внутреннего стано-

вится отправным пунктом как для образования чувства безопасности и комфорта, так и для выявления парадоксальности окружающего мира. Очевидно, что ребенок не в состоянии ответить на вопрос, является ли необходимым и незаменимым для него объект реальностью или плодом его воображения (этот же парадокс сохраняется и в творческой жизни, включающей в себя игру и культурный опыт всего человечества). Винникотт полагал, что, хотя люди должны прогрессировать в направлении принятия индифферентности вселенной, мира “не-Я”, им требуются также минуты покоя, когда напряжение, связанное с дифференциацией внутренней и внешней реальности, не нужно поддерживать.

Работая во время Второй мировой войны с делинквентными детьми, Винникотт ввел еще одно понятие — *антисоциальная тенденция*. Он рассматривал первые антисоциальные действия как проявление чувства ребенка, что его обманули в том, что по праву принадлежало ему, то есть прочная пара родителей. Винникотт сумел проследить источники этой тенденции у детей, чье нормальное воспитание в раннем возрасте было прервано на втором или третьем году жизни.

Идеи Винникотта об “истинной” и “ложной” Самости основывались на его наблюдениях за последствиями ранней депривации. Истинная Самость развивается в атмосфере доброжелательности и принятия ребенка *достаточно хорошей матерью*, способной понимать значение спонтанных жестов ребенка. Нарушение этого процесса приводит к отказу ребенка от аутентичности и спонтанности. Он отвечает на враждебный мир ложной Самостью, которая превращается в действительную. Многочисленные градации подобных личностных расстройств можно наблюдать в клинической работе.

Идеи Винникотта, представленные в его последней работе “Использование объекта”, получили признание лишь постепенно. Он всю жизнь занимался изучением природы реальности, и в этой работе он выдвигает положение, что агрессивное влечение, свойство любых отношений, есть постоянно формирующая реальность. Выживая в этой постоянной деструкции, объект становится “используемым”. Это слово не относится к частичному объекту.

Диапазон и релевантность теоретических разработок Винникотта лучше всего отражает его сборник "Терапевтические консультации в детской психиатрии". В кратком взаимодействии с детьми, часто с использованием *игры в караули*, в которой он и ребенок поочередно дополняли произвольную картинку, Винникотт показывает, как можно распознать смысл передаваемых сообщений, и на этой основе разработал способы интервенции, способные облегчить возобновление развития. Книга "Пигля" (1977), посвященная описанию случая маленькой девочки, показывает, как он может эффективно работать в условиях сокращенного варианта анализа, проведенного "по требованию".

Сочинения Винникотта рассчитаны на разные аудитории. Многие его книги по-прежнему популярны и среди читателей-непрофессионалов. Он не дает советов родителям, но побуждает их выбирать курс действий, основанный на понимании. Влияние Винникотта до самой его смерти постоянно росло. На протяжении долгой своей карьеры он оставался представителем психоанализа как строгого предприятия, основным инструментом которого являлась интерпретация в контексте молчаливого и тщательного наблюдения.

Достаточно хорошая мать (Good Enough Mother)

Термин, обозначающий мать, обеспечивающую зависимому от нее ребенку внешнюю заботу и оптимальные условия комфорта. Такая мать отвечает на симбиотические потребности ребенка, помогая тем самым формировать его "жестовую" телесную Самость и ласково и активно создавая основы для любви к объекту. Такая мать, ограничивая свои потребности и жертвуя собственным временем, действует в нужный момент, то есть когда ребенок фрустрирован, агрессивен и т.п., с максимальной эмпатией и ответственностью. Тем самым ребенок получает относительную свободу для выражения своей потребности во всемогуществе, а также удовлетворительный человеческий контекст для субъективного смысла своего существования, самовыражения и креативности.

Винникотт подчеркивал, что "достаточно хорошей" мать становится отнюдь не благо-

даря штудированию пособий по материнству, а за счет собственного, естественного понимания роли матери. По мере взросления ребенка адаптационные способности матери по отношению к нему постепенно снижаются, и на ее накапливающихся ошибках младенец учится "видеть", что он вовсе не столь всемогущ. Как только ребенок теряет чувство всемогущества, он приобретает чувство риска и дифференцирует агрессивное использование объектного мира.

Забота (Holding)

Термин, обозначающий обеспечение матерью потребностей зависимого от нее ребенка, а также организацию и регуляцию влияний, оказываемых на него со стороны внешнего мира. Забота отражает естественные способности, умение опекать и сохранять в постоянстве качества достаточно хорошей матери. Благодаря заботе младенец испытывает чувство всемогущества, рассматриваемое Винникоттом в качестве одного из важнейших признаков здорового развития. Оно обеспечивает ощущение достаточной безопасности и без соответствующей заботы не формируется. Заботу или *средовую мать* следует отличать от *объектной матери*, которая, согласно Винникотту, создает условия для достижения частичного, направленного на отдельные объекты удовлетворения. Оно при условии, что объектные отношения и организация Я ребенка достигли определенного уровня развития. Заботливая среда должна подготовить ребенка к более поздним стадиям развития и к более дифференцированным переживаниям, которые они обязательно предполагают.

Понятие заботливой среды использовалось Винникоттом, Модделлом и др. для концептуализации неспецифического поддерживающего постоянства, обеспечиваемого аналитиком и аналитической ситуацией. Регулярность визитов и их регламентация, ритуалы прихода и ухода, эмпатия, ровный голос и само постоянство объектов, помещений и их интерьеров вносят свой вклад в метафорическую заботу, которая способна помочь сдержать дезинтеграцию, возникающую в процессе терапии.

См. *достаточно хорошая мать*.

Игра (Playing)

Винникотт относил себя к тем исследователям, которые придерживаются взглядов на игру как на разновидность творческого процесса (Шиллер, Гроос, Ранк, Хейзинга, Калло, Брунер). Свободная игра с использованием игрушек и игровых предметов, дериватов переходных объектов или феноменов, создаваемых в метафизическом воображаемом пространстве (подобно детским забавам без жестко устанавливаемых правил) расширяет возможности диалога между матерью и ребенком. Таким образом, термин *игра* используется Винникоттом в прогрессивном, креативном значении. Если истинная Самость (унаследованная диспозиция ребенка) развивается благодаря спонтанным жестам, то игра становится средством выражения этой истинной Самости.

Игра является “работой” ребенка, и для некоторых она становится формой психотерапевтического сотрудничества. В оптимальных условиях игра представляет собой активность Я, минимально катектированную либидинозной или агрессивной энергией. Игра происходит не только в потенциальном пространстве между ребенком и матерью, но и между пациентом и терапевтом. Если психотерапия осуществляется в точке пересечения двух игровых полей, то есть пациента и терапевта, то тогда свободные ассоциации и аналитическая интерпретация составляют игровую канву двух субъективных миров — канву, облегчающую проявление истинной Самости пациента. Неслучайно между игровыми символами и символами сновидений существует тесная взаимосвязь. Эта концепция игры может быть легко экстраполирована на область развития речи и речевых игр.

См. потенциальное пространство.

Игра в каракули (Squiggle Game)

Кратковременный контакт с ребенком, имеющий, согласно Винникотту, диагностическое и терапевтическое значение. В этой игре терапевт проводит произвольную линию, которую затем продолжает ребенок. Такая игра сочетает элементы свободной игры и ассоциативной деятельности, что облегчает ребенку более непосредствен-

ный контакт с терапевтом. При этом взаимодействие всегда имеет некий конструктивный смысл. Игра в каракули может служить моделью для проведения аналитической или любой другой психотерапевтической интерпретации не только детских, но и взрослых рисунков.

См. переходный объект, потенциальное пространство.

Истинная Самость, ложная Самость (True Self, False Self)

Понятия, имеющие особое значение в представлениях Винникотта о развитии в раннем возрасте. *Истинная Самость* представляет собой “врожденный потенциал”, составляющий “суть” ребенка. Непрерывность развития истинной Самости и ее становление облегчается *достаточно хорошей матерью*, обеспечивающей ребенка здоровой средой и соответствующим образом отвечающей на его сенсомоторные “запросы” и потребности Самости. Кроме того, достаточно хорошая мать создает условия для адекватного удовлетворения Оно ребенка, когда его влечения организованы в виде функционирующей системы. Истинная Самость развивает свой индивидуальный язык с помощью материнской поддержки и опеки, поддерживающей непрерывность и постоянство существования ребенка и помогающей ему разработать индивидуально-экспрессивные качества на основе стержневых характеристик Самости и индивидуального чувства реальности. Винникотт рассматривал истинную Самость в связи со спонтанной репрезентацией Оно. Поэтому внешние проявления Самости, согласно Винникотту, в феноменологическом смысле не так же “неуловимы” и эфемерны, как и репрезентанты инстинктов.

Ложная Самость, подобно Я, представляет собой стабильную, обратимую и постоянно функционирующую структуру. Винникотт полагал, что некоторые индивиды страдают своеобразными расстройствами ложной Самости — так, в частности, можно рассматривать шизоидный характер, — но он также считал, что такое разделение Самости на истинную и ложную является совершенно нормальным. Таким образом, истинную и ложную Самость следует, согласно Винникотту, соотносить не с морально-этическими качествами личности, а с осо-

бенностями восприятия себя и других, поддерживающих спонтанную экспрессию (истинную Самость) либо "реактивные" аспекты жизни (ложную Самость).

Проявления ложной Самости могут указывать на отсутствие или "сокрытие" истинной Самости, что обычно наблюдается у шизоидных индивидов. Если мать не способна удовлетворять сенсомоторное "Оно" ребенка и ориентируется не на то, что есть в реальности, а на свои чувства, то у ребенка формируется ложная Самость. Апперцепция берет верх над перцепцией.

Каждый индивид обладает социальной Самостью, соответствующим определенной части структуры ложной Самости и формирующимся из нее. На другом конце этого спектра находится индивид, оперирующий в основном ложной Самостью, соответствующей тому, что Хелен Дойч (1942) описала в качестве "как будто личности". С ложной Самостью часто связана интеллектуализация.

Первичная креативность (Primary Creativity)

Термин, обозначающий наиболее ранние проявления и первичные источники творческих способностей ребенка. Первичная креативность отражает принципиальную возможность ребенка творчески воспринимать мир и играть. Этот термин относится скорее к креативности обыденной жизни, нежели к творческим процессам одаренных людей и художников.

Базисной моделью способности к творческому восприятию является переживание ребенком объектного мира, представленного *достаточно хорошей матерью*. Ребенок может испытывать чувство, что объект не помещен в этот мир, а сотворен им самим. Подобная примитивная детская иллюзия является предшественником последующих более сложных состояний Самости, включающих в себя игру и использование субъективных способов переживания, то есть способность доверять. Понятием первичной креативности Винникотт описывает начальные этапы развития индивида.

Первичная материнская озабоченность (Primary Maternal Preoccupation)

Термин, обозначающий психическое состояние матери, возникающее еще до

рождения ребенка и сохраняющееся на протяжении нескольких первых недель его жизни, когда мать полностью поглощена младенцем. Она настолько игнорирует внешний мир, что, если бы не ребенок, это можно было бы рассматривать как патологический уход от реальности. Однако материнская озабоченность — это адаптивный уход, "здоровая болезнь", необходимая для того, чтобы обеспечить ребенку переход из пренатального состояния во внешний мир. Мать становится "заботливой" или "средовой" матерью, обеспечивающей ребенку стабильность, устойчивость и ощущение "вхождения в жизнь". Она удовлетворяет не влечения, а потребности, поскольку, по мнению Винникотта, на этой стадии детско-развития влечения пока еще не являются организованным единством.

См. достаточно хорошая мать, забота.

Переходный объект, переходный феномен (Transitional Object, Transitional Phenomenon)

Первое обладание ребенком внешним неодушевленным, но чрезвычайно значимым для него предметом, обычно небольшой мягкой игрушкой, которая используется младенцем в процессе эмоционального отделения от первичного объекта любви при стрессе, часто также при отходе ко сну (Winnicott, 1954). Переходный объект должен иметь характерный запах и вызывать ощущения, напоминающие ребенку мать. Такой объект создает младенцу иллюзию комфорта, сравнимого с успокаивающим воздействием матери (при ее отсутствии в данный момент). Переходный объект, будучи под постоянным контролем начинающего ходить младенца, помогает ему в отсутствие матери достичь необходимой степени самостоятельности. И хотя ребенок уже в возрасте двух—четырёх лет отказывается от предметов, играющих роль переходного объекта, они и позже продолжают ассоциироваться с ситуацией комфорта.

Совокупность *переходных феноменов* Винникотт определял более широко. Он включал сюда также звуки — детский лепет или "пение" перед засыпанием, а также различные материальные объекты, лишь отчасти воспринимаемые как принадлежащие внешней реальности. В более поздние

периоды жизни подобные звуки, предметы и другие объекты смещаются с первичного объекта любви и, выступая в качестве переходных гиперкатектированных и сверхсимволизированных, начинают функционировать как заместители материнского объекта. Переходные феномены обеспечивают ребенку осуществление определенной самодостаточности и противодействуют чувствам, связанным с утратой объекта и одиночеством, заброшенностью и ненужностью. Кроме того, они являются индикатором эффективности попыток Я разрешить дилемму объектных отношений, попыток сохранить иллюзии любящей, заботливой и упокоивающей матери.

Дериваты первоначальных переходных объектов можно обнаружить в раннем подростковом возрасте (Downey, 1978). В этом возрасте переходные объектные феномены представлены в виде типичных подростковых игр, интереса к музыке, модной одежде, кино, погруженности в быстро сменяющиеся друг друга "важные" виды творческой деятельности.

Эти объекты или переживания порождают иллюзию симбиоза с матерью в период развития, когда репрезентанты Самости и объектов отделены друг от друга и дифференцированы лишь частично. Переходные объекты и феномены воспринимаются одновременно и как "мое" и как "не мое", либо наоборот — как "не мое" и как "не не мое". Они представляют собой своеобразную кристаллизацию того, что обозначается термином *переходный процесс* (Rose, 1978), то есть процесс, направленный на установление динамического равновесия между относительно стабильной Самостью, с одной стороны, и изменчивой реальностью — с другой. Этот процесс можно рассматривать также в качестве своеобразной области пересечения внутреннего и внешнего мира (*переходная область* по Винникотту) или взаимного перекрытия первичного и вторичного процессов. Внешне переходный процесс проявляется в виде переходных объектов и феноменов. Последние могут выступать в роли психических организаторов (Metcalf and Spitz, 1978) процесса сепарации-индивидуации; они могут существенно облегчать приспособление ребенка к новым условиям, когда тот испытывает амбивалентные переживания по отношению к матери. Они могут также более отчетливо очертить связи между

Самостью Я и внешним миром и, наконец, могут создавать важное подкрепление образа тела — наиболее хрупкого образования, поддающегося регрессии при стрессе и во время сна.

Если переходные объекты становятся необходимыми, часто в результате недостаточно хорошего материнства, они приобретают качество фетиша. Утрачивая свои "здоровые" свойства, способствующие развитию индивида, они становятся "клочками" (Greenacre, 1969, 1970) Самости, Я, образа тела. При этом вопрос о патологических переходных объектах или феноменах остается открытым. Некоторые авторы ограничивают теоретическую концепцию переходных объектов рамками периода после последней фазы сепарации-индивидуации по Малер, то есть отрезком развития "на пути к постоянству объектов". Если переходные объекты и феномены сохраняются после этого времени, они неизбежно становятся фетишами. Концепция Винникотта, однако, шире; ее трудно оценить. Несомненно, что у многих детей переходные объекты и феномены сохраняются в течение первых десяти лет жизни. Тем не менее это понятие не следует применять слишком широко и трактовать символические объекты как переходные.

См. достаточно хорошая мать, потенциальное пространство, предшественик объекта, символ.

[77, 141, 157, 170, 215, 339, 375, 376, 384, 393, 439, 590, 607, 615, 645, 729, 732, 762, 883, 884, 885, 886, 887, 888, 889, 890, 892]

Потенциальное пространство (Potential Space)

Гипотетическое поле взаимной творческой активности матери и ребенка. Так, мать вводит в обиход ребенка новый объект именно в тот момент, когда младенец способен не только использовать его для выражения своего субъективного переживания, но и одновременно "ухватить" и запомнить основные качества этого объекта. Пространство между ребенком и матерью является лишь потенциальной областью, поскольку ее доступность зависит от ухода за ребенком со стороны *достаточно хорошей матери*. Однажды возникшее и использованное, это пространство становится источником образования других потенциальных

областей между ребенком и другими объектами. “Внутри” потенциального пространства осуществляется взаимодействие “внутреннего” и “внешнего”; сначала появляются переходные объекты, затем, в ходе дальнейшего развития и интернализации, реализуется способность к символической игре, материализуются творческое и эстетическое восприятие.

Понятие потенциального пространства используется в качестве модели в разных других областях — эстетике, антропологии, литературе, драматургии и др.

См. переходный объект.

Предшественник объекта (Precursor Object)

Неодушевленные объекты, предоставляемые матерью или являющиеся частью тела матери или ребенка, которые ребенок засовывает в рот и использует для своего утешения. Термин *предшественник объекта* предложен Винникоттом, однако детально описан Ренатой Гаддини (1978). В качестве таких объектов младенец может использовать свой язык, волосы, пальцы, руки, пустышку или бутылочку. Рената Гаддини выделила ранние “предшественники объекта для рта” (например, пустышка) и более поздние “предшественники объекта, связанные с кожным контактом и тактильными ощущениями” (например, плюшевый медвежонок). Последние предшественники объекта выполняют функции будущего переходного объекта. В процессе развития все три типа объектов последовательно сменяют друг друга. Нарушения формирования предшественников объекта сопровождаются ранними психосоматическими расстройствами, такими, как кишечные колики, детская астма и др. Это свидетельствует о том, что досимволическая сенсомоторная, соматопсихическая стадия, на протяжении которой используются предшественники объекта, определяет глубину патологических нарушений, центрирующихся вокруг специфических расстройств развития, включающих эти объекты.

См. переходный объект.

Рабочее Я (Working Ego)

Специфический атрибут работы каждого аналитика (Fliess, 1942). У хорошо обучен-

ного и тренированного аналитика рабочее Я достигает значительной степени развития и независимости, что позволяет ему справляться со всеми превратностями психоаналитической ситуации. Понятие рабочего Я имеет эвристическое значение при анализе деятельности каждого аналитика — его психологии, развития, мотиваций, индивидуальных качеств и стиля работы, а также особенностей его автономных аналитических качеств. Рабочее Я сопоставимо с описываемым Исааковом “аналитическим инструментом” (Malcove, 1975), но не идентично ему. Последнее понятие не включает умения, приобретенные анализируемым человеком, хотя в определенной степени пациент пытается идентифицировать себя с некоторыми сторонами действующего рабочего Я аналитика.

Основными функциями рабочего Я являются: 1) равномерное распределение внимания, включая структурированную интроспекцию, умение наблюдать и выслушивать в соответствии с психоаналитическими правилами и принципами; 2) способность к кратковременной частичной регрессии ради достижения эмпатического восприятия, то есть способность перемещаться между первичным и вторичным процессами параллельно с пациентом; 3) интеграция в единую модель всех сведений о пациенте, полученных благодаря эмпатии и наблюдению, способствующая более глубокому пониманию анализируемого и обеспечивающая тактичную и своевременную интерпретацию. Наконец, рабочее Я действует в рамках терапевтического альянса, иницируя и способствуя распознанию и проработке переноса и сопротивления.

См. аналитический инструмент, перенос, проработка, сопротивление, терапевтический альянс, эмпатия.

ТЕОРИЯ ВЛЕЧЕНИЙ (ТЕОРИЯ ИНСТИНКТОВ) (INSTINCT THEORY)

Центральной гипотезой психоаналитических построений является положение об эндогенных источниках мотивации человеческого поведения. Такие источники были обозначены термином *влечения*, или *инстинкты*. По словам Фрейда (1915), влечения

(инстинкты) представляют собой "...меру требований к работе психики вследствие ее связи с телом" (с. 122). В качестве главных побудителей поведения они отражают влияние врожденных, соматически обусловленных и характерных для всех людей биологических сил. Несмотря на то, что классификация влечений Фрейдом постоянно развивалась, неизменным всегда оставалась их полярность. Фрейд полагал, что всякая мотивация в конечном итоге сводима к двум противоположным всеобъемлющим тенденциям. Можно выделить три или четыре предложенные им классификации:

1) сексуальные влечения / влечения к самосохранению (влечения Я);

2) (а) объектная любовь / любовь к себе;
(б) сексуальные влечения / агрессивные влечения;

3) влечение к жизни / влечение к смерти.

Хотя значение эндогенных источников мотивации поведения до сих пор остается краеугольным камнем психоаналитической психологии, многие аналитики выражают сомнение в эвристической ценности концепции инстинктов.

См. *инстинкт, инстинктивные влечения*.
[285]

ТЕОРИЯ КЛЯЙН (KLEINIAN THEORY)

Мелани Кляйн — одна из наиболее влиятельных фигур в мировом психоанализе, хотя ее работы в Соединенных Штатах менее известны, чем в Европе. Мелани Райцес, младшая из четырех детей, родилась в 1882 году в Вене. В 21 год вышла замуж за Артура Кляйна, родила троих детей. С 1910-го по 1919-й год семья жила в Будапеште. В пятилетнем возрасте Мелани Кляйн потеряла сестру, а вскоре и брата. "Эти утраты, усиленные гибелью ее старшего сына в катастрофе, по-видимому, определили тот депрессивный фон, который просматривался в течение всей жизни Мелани Кляйн и способствовал ее чувствительности к депрессивной позиции" (Katz, 1985, с. 210). Хроническое депрессивное состояние привело ее к Ференци, у которого она лечилась. В 1921 году Кляйн разошлась с мужем и с двумя детьми переехала в Берлин. Брак был расторгнут лишь спустя два года. Аналити-

ком Кляйн стал Карл Абрахам, помогавший ей впоследствии в аналитической работе с детьми. Он умер в 1925 году, а в 1926-м Мелани Кляйн по приглашению Эрнеста Джона приехала в Лондон и здесь до своей кончины в 1960 году в возрасте 78 лет продолжила клинические и теоретические исследования.

Мелани Кляйн привлекали идеи Фрейда об объектах, чувстве вины, тревоге, фантазии и влечении к смерти, которые она переработала в теорию ранней агрессии. Направление, которое она приняла, "делало акцент на исследовании развития в раннем возрасте, а также открыло путь к психоаналитической работе с психотиками" (Turkle, 1986). Игровая техника, разработанная ею для детей, "открыла богатство внутреннего мира ребенка, населенного как фантастическими частичными объектами, так и реальными людьми. Она вскрывала существование примитивных бессознательных фантазий, тревог и способов защиты. Достигнутое ею понимание ранних примитивных механизмов открыло путь к анализу пограничных больных и психотиков, успешно разрабатываемому ее сотрудниками и учениками" (Segal, 1986).

В процессе лечения детей Кляйн обнаружила, что пациенты переносят на аналитика не столько отношения к реальным, сколько к воображаемым, внутренним родителям. Поэтому она сделала акцент на значении ранних внутренних объектных отношений как для нормального, так и для патологического развития детей и взрослых. Она полагала, что формирование Сверх-Я начинается значительно раньше, нежели обычно считалось. При этом образующиеся агрессивные побуждения могут способствовать развитию состояний, описанных Кляйн под названиями *параноийально-шизоидной* и *депрессивной позиций*, а также к маниакальным защитам от тревоги. Выявленные ею позиции представляли собой теоретический шаг вперед по сравнению с моделями онтогенеза инстинктивных влечений у Фрейда. Рассматривая концепцию стадийности развития, Кляйн сместила акценты в сторону взаимоотношений с объектом; постулированные ею позиции подразумевали смешение влечений, защитных проявлений и отношений с объектом, наблюдаемые в аффективно окрашенных сновидениях. И хотя параноийально-шизоид-

ная и депрессивная позиции действительно отражают определенные фазы развития, термин “позиция” подразумевает прежде всего феномены “специфических сочетаний объектных отношений, тревоги и защиты, выявляемые на протяжении всей жизни индивида, а не только в течение определенных фаз развития. Депрессивная позиция при этом не вытесняет полностью паранойяльно-шизоидную; достижение полной интеграции здесь невозможно, поскольку защита от депрессивного конфликта, активизируя регрессию к паранойяльно-шизоидным феноменам, вынуждает индивида постоянно колебаться между ними двумя” (Segal, 1986, с. IX).

Формулировки Мелани Кляйн подвергались критике из-за того, что, хотя они выражены теоретическими терминами, фактически они представляют собой смесь клинических и теоретических идей, которые, по мнению Кляйн, могли быть непосредственно применены в клинической работе. В частности, возражения касались утверждения Кляйн, согласно которому негативный перенос и агрессивно-деструктивные импульсы ребенка или взрослого пациента могут и, более того, должны проявляться непосредственно во время анализа, не подвергая при этом опасности развитие терапевтического альянса. Вызывают также возражения и следующие идеи Кляйн:

- Концепция врожденного влечения к смерти и то, что его ранней формой проявления является зависть.
- Приписывание новорожденному “врожденных” знаний.
- Чрезмерное внимание к интрапсихическому развитию в течение первого года жизни и относительное игнорирование дальнейшего развития Я и Сверх-Я.
- Техники, применявшиеся ко всем уровням патологии, фокусируются почти без исключения на процессах переноса.
- Преждевременная глубинная интерпретация бессознательных фантазий в ущерб анализу характера.
- Представление об эквивалентности детских игр и свободных ассоциаций у взрослых.

Идеи Мелани Кляйн во многом соответствовали воззрениям Эрнеста Джонса и других членов Британского общества. В

частности, это касалось положений о роли догенитальных и врожденных детерминант, противостоящих воздействиям внешнего стресса, о раннем развитии женской сексуальности, а также о роли агрессии в тревожных состояниях. Так называемая “кляйнианская группа”, объединившаяся в Британском институте вокруг самой Кляйн, распалась. Однако ее теории о раннем развитии организованных фантазий и психических процессов стали вызывать много споров, особенно после того, как в Лондоне обосновалась Анна Фрейд, взгляды которой существенно отличались. Между двумя этими детскими аналитиками развернулось настоящее соперничество. И хотя в то время Британскому институту удалось избежать формального раскола, все же четкая демаркационная линия была определена, и группы распались на последователей Мелани Кляйн, Анны Фрейд и промежуточную, назвавшую себя “независимой”. Дальнейшее развитие и утверждение идей Кляйн осуществлялось ее талантливыми учениками и сотрудниками. Влияние ее школы постепенно распространилось на страны Европы и Северной Америки. Ее идеи нашли отклик у многих пациентов, страдавших психическими расстройствами и не находивших поддержки у аналитиков “некляйнианской” ориентации. Кроме того, Кляйн более скрупулезно прослеживала судьбу агрессивного влечения, чем другие психоаналитики, и своим подходом она призвала вернуться в глубины бессознательного, в глубинные примитивные влечения и психические механизмы, в противоположность абстракциям психологии Я. Однако под влиянием работ Хайнца Гартманна, Эрнста Криста, Рудольфа Лёвенштейна и Давида Рапапорта большее признание в США получила психология Я.

“Преданность своей работе в психоанализе была ее главной характерной чертой... Честолюбивая, в высшей степени интуитивная, отважная и правдивая, она была бескомпромиссна в работе и неистова в отстаивании ее... Это была сильная личность, практически у всех вызывавшая уважение” (Katz, 1985, с. 214).

Внутренние объекты (Internal Objects)

Интрапсихические репрезентанты аспектов взаимоотношений с другими людьми

ми. Фэйрбейрн и другие авторы использовали этот термин применительно к фантазиям об интернализации “плохого” (неприемлемого) образа кормящего человека для контроля над ним. В этом же смысле термин применялся Фрейдом и Абрахамом. Кляйнианцы, однако, использовали понятие внутреннего объекта в более узком и специфичном контексте — для обозначения интернализации объектов, следующей за их первоначальным “открытием” или “созданием” через проективную идентификацию отдельных аспектов детской инстинктивной жизни. Например, жадность уступает место внутреннему объекту, выражающему требовательность ребенка.

Согласно теории Кляйн, тревога, возникающая из-за конфликта между влечением к жизни и влечением к смерти, существует с момента рождения. Оба влечения проецируются на материнскую грудь; влечение к смерти является причиной того, что грудь воспринимается в фантазии как *преследующий объект*. Но поскольку интроекция и проекция представляют собой непрерывный процесс, преследующий объект может также стать внутренним. В это же время, чтобы создать хороший объект, который удовлетворит инстинкт сохранения жизни и защитит от интернализированного преследующего объекта, младенец наделяет грудь либидинозными качествами, превращая ее тем самым в *идеальный объект*. Первичная активность фантазии проявляется в виде интроекции хорошего и проекции плохого объектов. В другой раз хороший объект может быть спроецирован, чтобы уберечь его от внутренней агрессии, тогда как (см. выше) преследующий объект часто интроецируется, становясь внутренним плохим объектом.

Они могут представлять собой “скопление интернализированных объектов”, взаимодействующих между собой и с Самостью. Они могут переноситься на аналитика и “влиять на аффективные состояния индивида и его внешние поведенческие реакции” (Greenberg & Mitchell, 1983, с. 10). Называемые также *интроектами*, они могут “пониматься как свободные антиципаторные образы того, что ожидается от людей в ‘реальном мире’; как находящиеся в тесной связи с опытом индивида, кто он есть; как преследователи... или как источники без-

опасности, к которым обращаются при стрессе и изоляции. Они представляют собой остатки (в психике) отношений со значимыми людьми в индивидуальной жизни. Важнейшие моменты этих взаимоотношений, интернализируясь, оставляют свои следы” (там же, с. 11). Внутренние объекты можно разделить на хорошие и плохие, парциальные и целостные, ассимилированные (в структуру Самости) и неассимилированные (не идентифицированные с Я) (Heimann, 1952).

Кляйнианцы и представители школы объектных отношений не стремились к четкому разграничению между понятиями внутреннего объекта и объектных репрезентантов, хотя такое разграничение имплицитно содержится в концепции Кляйн о развитии симвообразования. Чтобы обрести способность оперировать символами, ребенок, по мнению Кляйн, должен преодолеть паранойяльно-шизоидную и сформировать депрессивную позицию, научиться переносить сепарацию и, наряду с этим, достичь способности представлять объект в его отсутствие.

См. депрессивная позиция, идентификация, паранойяльно-шизоидная позиция, фантазия.

Депрессивная позиция (Depressive Position)

Один из основных этапов развития, наступающий вслед за паранойяльно-шизоидной позицией. В рамках депрессивной позиции происходит интеграция чувств любви и ненависти к объекту, его “хороших” и “плохих” аспектов, других их парциальных репрезентаций (например, “оральная” и “генитальная” мать), а также внешней реальности с интрапсихической реальностью или фантазией. Подобно паранойяльно-шизоидной позиции, депрессивная позиция отображает конфигурацию объектных отношений, тревог и защит, и она не эквивалентна ни одной из постулированных Фрейдом фаз психосексуального развития. Обе позиции возникают под приматом оральности. Кляйн считала, что депрессивная позиция развивается в рудиментарной форме примерно на третьем-четвертом месяцах жизни и сохраняется на протяжении всей жизни индивида. Поскольку материнский объект осознается теперь как целостный объект, Кляйн

постулирует, что эдипов конфликт начинает действовать в раннем возрасте. Мать является источником добра и зла, и младенец испытывает чувство беспомощности, зависимости и ревности к ней. Хотя ребенок способен отчасти сдерживать подобные чувства, амбивалентность сохраняется, а тревога смещается в сторону страхов, что агрессивные импульсы в нем самом могут разрушить объект, воспринимаемый теперь как нужный, важный и любимый. Возможность утратить хороший объект посредством такой агрессии вызывает чувство вины. И если основным аффектом паранойяльно-шизоидной позиции является страх преследования, то при депрессивной позиции развивается беспокойство за объект и его благополучие. Интроекция превалирует теперь над проекцией. Поскольку у ребенка развивается способность устранять вред, наносимый в фантазии любимым объектам, он убеждается, что любовь может преобладать над ненавистью к объекту. Фантазии о всемогуществе связаны не только со страхами разрушить объект, но и с попытками справиться с тревогой депрессивной позиции посредством "репарации". Эта концепция предполагает ретроспективное переживание чувства вины в связи со всеми проекциями дурных импульсов по отношению к объекту.

Идеальным исходом депрессивной позиции, которого полностью достичь никогда не возможно, является необходимый отказ от всемогущего контроля над объектом и признание реальной зависимости. Как только достигается этот момент, появляется благодарность объекту за его роль в сотворении и поддержании жизни ребенка.

Если депрессивные тревоги настолько велики, что не поддаются преодолению посредством защит, депрессивная позиция может закрепиться и сохраниться на всю жизнь. В таком случае могут быть задействованы маниакальные защиты, состоящие из фантазий о контроле над объектом с чувством превосходства и презрения к объекту, которое предохраняет от зависимости депрессивной позиции. Ребенок может также регрессировать к паранойяльно-шизоидной позиции.

См. внутренний объект, паранойяльно-шизоидная позиция, репарация, фантазия.

Зависть (Енву)

Одна из наиболее примитивных и фундаментальных эмоций, проявляющаяся в виде деструктивных импульсов ребенка, действующих с первых дней его жизни. Кляйн полагаала, что зависть имеет конституциональную основу в качестве проявления в психике влечения к смерти. Впервые она возникает по отношению к хорошей груди — источнику пищи, теплоты и комфорта, в отличие от младенца, переживающего стресс из-за болезненных чувств беспомощности и зависимости и желающему самому быть тем, кто обеспечивает благополучие. Поэтому он испытывает деструктивное стремление устранить источник зависти с помощью фантазий об оральных или анально-садистских нападениях на объект, чтобы "испортить" или "похитить" его лучшие качества. Завистливые "атаки" ребенка на грудь трансформируют ее в опороченный и обесцененный объект, который сам уже нуждается в удовлетворении и зависимости.

Выраженное чувство зависти препятствует появлению внутренних репрезентантов хороших объектов, поскольку они обесценены; подобная зависть может помешать попыткам преодоления паранойяльно-шизоидной позиции. В таких случаях образ груди, трансформируясь под влиянием процессов расщепления и проективной идентификации в карательный внутренний объект, может сформировать ядро "завистливого Сверх-Я", нарушающего или устраняющего любые попытки репарации и созидания. Другим способом защиты от зависти являются фантазии об обладании всеми ценными качествами объекта. Поскольку такая защита предполагает идентификацию с идеализированным объектом, она может вести к нарциссической переоценке себя.

Зависть следует отличать от *жадности*, нацеленной на обладание всеми ценными свойствами объекта. Жадность по своей природе является более либидинозной, чем зависть, окрашенная влечением к смерти.

Чувство *ревности*, предполагающее наличие отношений по типу "треугольника", появляется лишь после формирования образов целостных объектов. Это чувство, в отличие от предыдущих, нацелено на обла-

дание любимым объектом и устранение соперника. Для сравнения, зависть предполагает двусторонние отношения, связанные с желанием обладать отдельными качествами объекта.

См. внутренние объекты, идентификация, паранойяльно-шизоидная позиция, расщепление, фантазия.

Идентификация (Identification)

Автоматический бессознательный психический процесс уподобления другим людям в одном или нескольких аспектах. Как правило, идентификация сопровождает всякий процесс созревания и психического развития, равно как и формирование интересов, идеалов, внешних проявлений и т.д. Идентификация с любимым и уважаемым либо вызывающим страх и ненависть объектом лежит в основе адаптивных и защитных реакций. В теории Кляйн особый акцент делается на двух типах идентификации.

При *проективной идентификации* части Самости и внутренних объектов расщепляются и проецируются на внешний объект, который в таком случае становится "идентичным" с расщепленными частями, а также доступным обладанию и контролю. Ее защитными целями являются слияние с внешним объектом, чтобы избежать сепарации, контроль над деструктивным или так называемым "плохим" объектом, угрожающим преследованием индивида, а также предохранение "хороших" частей Самости посредством отщепления их и проективной идентификации с терапевтом. Процесс проективной идентификации формируется в рамках паранойяльно-шизоидной позиции и может сохраняться в течение всей жизни.

Хотя Кляйн и ее последователи использовали термины "проекция" и "проективная идентификация" как эквивалентные и взаимозаменяемые, они предполагают различие: проекцией принято обозначать только защитный механизм, в то время как проективная идентификация включает в себя воображаемые объектные отношения. Такое разграничение было введено Огденом (1982) и подверглось критике со стороны Гротштейна, утверждавшего, что проекция невозможна без реципиента (контейнера), с ко-

торым должна быть идентифицирована проецируемая часть.

Интроективная идентификация представляет собой процесс, противоположный проективной идентификации, и предполагает фантазии об оральной инкорпорации объекта, благодаря которой и происходит идентификация. Интроекция и проекция концептуализируются как непрерывный процесс, выражающийся в формировании внутреннего мира индивида. Интроективная идентификация является противовесом проективной идентификации, поскольку ребенок инкорпорирует то, что он уже идентифицировал как "хорошее" (посредством проективной идентификации), но также "отщепляет" (проецирует) плохие или опасные аспекты объекта. Подобное взаимодействие было описано еще Фрейдом (1915), заимствовавшим у Ференци (1904) термин *интроекция*. Таким образом, интроекцию родителей можно понимать как селективный процесс, посредством которого Я "собирает" или "конструирует" объекты внешнего мира, интроецируя одни его аспекты и проецируя другие (Heimann, 1952). Идентификация с родителями происходит благодаря сочетанию этих двух механизмов и выражается в развитии Я и Сверх-Я. Если проективные механизмы, по-видимому, преобладают при паранойяльно-шизоидной позиции, то интроективная идентификация доминирует при депрессивной позиции. Последняя отражает более высокую степень созревания; объект является теперь целостным, и не существует больше опасности, что Я будет разрушено спроецированным влечением к смерти (то есть плохим объектом). Скорее, деструктивные импульсы ребенка разрушат объект любви. В целом интроективные процессы при этой позиции являются более интенсивными из-за потребности обладать объектом, интернализировать его и тем самым защитить от собственной деструктивности ребенка. С другой стороны, интроективная идентификация может использоваться также в качестве защитного механизма — интернализации плохого объекта и идентификации с ним, чтобы сохранить в фантазии ценные свойства внешнего объекта.

См. внутренний объект, депрессивная позиция, паранойяльно-шизоидная позиция, фантазия.

Паранойально-шизоидная позиция (Paranoid-Schizoid Position)

С точки зрения Кляйн, Я от рождения обладает способностью к определенной организации: оно может переживать тревогу, использовать защитные механизмы и формировать примитивные объектные отношения. Паранойально-шизоидная позиция является первой и наиболее примитивной организацией психического аппарата, распределяющей эмоциональные переживания в отношении внутренних и внешних объектов в рамках динамических сил, продолжающих оказывать влияние на протяжении всей жизни, несмотря на все изменения, которые вносит ее противоположная часть — депрессивная позиция. Основными защитными механизмами паранойально-шизоидной позиции являются расщепление, проективная идентификация, магическое “всемогущее” отрицание и идеализация. Вначале ребенок проецирует любовь и ненависть на материнскую грудь, расщепляя ее на “хороший” (удовлетворяющий) и “плохой” (фрустрирующий) объекты. Хороший объект идеализируется, то есть воспринимается как способный обеспечивать безграничное удовлетворение. Плохой объект, наоборот, становится внушающим ужас преследователем. Поэтому такая позиция характеризуется страхом преследования: ребенок боится быть разрушенным плохим объектом. Поскольку Я еще недостаточно интегрировано, оно прибегает к “всемогущему” отрицанию, лишаящему преследующий объект силы или реальности.

Термин *шизоидный* использовался Кляйн вслед за Фэйрбейрном для обозначения расщепления, которое подвергается в фантазии детская Самость, чтобы добиться приемлемых взаимоотношений с хорошей частью объекта. Второй компонент позиции — *паранойальный* — представляет персонификацию преследующего внутреннего объекта, вызывающего страх перед воображаемым уничтожением. Общим знаменателем шизоидных механизмов является “всемогущество”, с помощью которого ребенок стремится осуществлять контроль над объектом. Агравацию, расщепление, страх преследования и чувство всемогущества, присущие паранойально-шизоидной позиции, можно наблюдать в таких состояниях, как пограничные синдромы и прочие при-

митивные психические расстройства, а в менее выраженной форме — у всех людей.

См. внутренний объект, депрессивная позиция, идентификация.

Расщепление (Splitting)

Чтобы лучше понять этот термин, его следует рассматривать в контексте основных положений Кляйн, утверждавшей, что действие инстинктов в дифференцированной форме проявляется с момента рождения ребенка, что фантазия, репрезентирующая психическую активность, также в дифференцированной форме действует с момента рождения и отображает превращения инстинктов, что инстинкты подразумевают существование объектов, что между ребенком и его объектами существует комплекс взаимодействий, и, наконец, что термин “внутренний объект” предполагает процессы интроекции и проекции между частями детских фантазий и объектов.

В этих теоретических рамках *расщепление* можно определить как примитивный психический механизм, помогающий ребенку упорядочить переживания первичного инстинктивного хаоса. Уже в раннем детском возрасте Я вступает в отношения с первичным объектом, грудью, представленной двумя частями (то есть расщепленной), которые отличаются своими приятными (хорошими или идеальными) и неприятными (плохими) аспектами. С помощью расщепления ребенок получает возможность отделять “хорошие” аспекты груди от “плохих” аспектов. Кляйн в своей теории постулирует, что, если ребенок голоден, его крик может выражать фантазию о нападении преследователя внутри тела — там, где переживаются муки голода. Неприятный аспект груди приобретает в таком случае значение преследующего объекта. Когда эти хорошие и плохие объекты интернализируются, они остаются расщепленными, хотя ребенок и пытается спроецировать переживания, связанные с плохим объектом. Фантазия об идеальном объекте сливается с удовлетворяющими переживаниями любви и внимания со стороны реальной внешней матери и подкрепляется ими, тогда как фантазия о преследовании плохим объектом точно так же сливается с реальными переживаниями депривации и боли.

В дальнейшем в результате интродуктивной идентификации с хорошими и плохими объектами расщепляется Я ребенка, обладающее зачатками организации при рождении. Это становится причиной несовместимости частей в Я на самых ранних стадиях развития, еще до того, как ребенок становится способным переживать амбивалентность. Из-за этого разрыва в самом Я, расщепления и проекции отщепленных частей Я начинает доминировать восприятие ранних объектов и внешнего мира. Расщепление является характерной особенностью паранойяльно-шизоидной позиции. При нормальном развитии это позволяет ребенку упорядочивать свои переживания и уметь проводить различия, и это также служит защитным целям, становясь в конечном счете основой для таких механизмов, как вытеснение, возникающих при разрешении конфликтов эдиповой фазы, и принятия амбивалентных чувств по отношению к отдельным объектам в депрессивной позиции. При выраженной патологии расщепление может привести к фрагментации объектов на насильственные и враждебные элементы, которые подлежат проекции и реинтродукции. В тяжелых формах это приводит к патологической диссоциации.

См. внутренний объект, депрессивная позиция, паранойяльно-шизоидная позиция.

Репарация (восстановление) (Reparation)

Одно из основных проявлений психической активности в депрессивной позиции. Репарация включает в себя все усилия ребенка уберечь объект от причинения ему зла, прежде всего от повреждения, угроза которого исходит из собственных деструктивных механизмов ребенка, обусловленных его завистью и враждебностью. Репарация происходит из первых детских переживаний удовлетворения, за которыми следует принятие реальной зависимости от материнского объекта. Эти "восстанавливающие" усилия тесно связаны с креативными способностями, усиливающими репарацию и удовлетворение.

Символическое отождествление (Symbolic Equation)

Психический процесс выбора приемлемого символа для объекта, который, однако,

используется конкретно и буквально, словно он идентичен объекту. Например, скрипач, страдающий шизофренией, не может играть при аудитории, поскольку приравнивает свою скрипку к гениталиям; игра на скрипке, таким образом, равносильна мастурбации на публике. Сегал (1957) связывал символическое отождествление с паранойяльно-шизоидной позицией, при которой утрата объекта не воспринимается и не замещается символом, тогда как в депрессивной позиции утрата объекта распознается. Утрата объекта стимулирует желание воссоздать объект внутри себя. Креативный процесс начинается, следовательно, с многочисленных репрезентаций объекта; некоторые из них являются символами или абстрактными заменами. Аффекты, связанные с первоначальным объектом, замещаются их субститутами, однако сохраняется четкое различие между субститутами и объектами, которые они замещают, — смешения, характерного для символического отождествления, больше не существует. Различные внутренние репрезентации объекта используются для компенсации, но не для отрицания, его потери. Таким образом, креативная репарация служит внутреннему восстановлению утраченного объекта, а креативность и сублимация сами могут усиливаться при проработке депрессивной позиции.

См. внутренний объект, депрессивная позиция, идентификация, паранойяльно-шизоидная позиция.

Фантазия (Fantasy)

Фабульная форма сознательных либо бессознательных образных представлений. В теории Кляйн фантазия определяется как форма психического выражения инстинктов, существующая предположительно с самого рождения. С самого раннего детства организованная психическая активность в форме фантазии выражает примитивное отношение ребенка к объектам в аспекте инстинкта, стремящегося к объектным отношениям. Фантазии рассматриваются в качестве важнейшего компонента бессознательной психической деятельности, непосредственно отражающего функционирование первичного процесса, в первую очередь — галлюцинаторное исполнение желаний. Однако они могут выражать также функции Я и Сверх-Я, причем намного

раньше, чем это полагал Фрейд. Конфликты развития, включая эдипов конфликт, и защиты от них, влечения и воздействия, включая отрицание, вытеснение, всемогущий контроль и репарацию, — все это, по мнению Кляйн, находит выражение уже на первом году жизни. Образование фантазий происходит задолго до развития формально организованной речи и в дальнейшем, вплоть до зрелого возраста, их влияние на внутренний мир остается доминирующим.

Самые ранние фантазии конкретны и связаны с чувством всемогущества. Они первоначально проистекают из телесных ощущений и репрезентируют инстинктивные цели в отношении объектов вместе с аффективными интерпретациями сенсорных переживаний. В сущности, они выражают телесные побуждения или желания младенца обладать различными частями материнского (или отцовского) тела (парциальными объектами, грудью или пенисом). И лишь постепенно ребенок начинает отличать свои фантазии-желания от тела матери и реальности ее отделения. Осознание того, что желания — это фантазии, а не реальные факты приобретения, приводит к самой ранней ориентировке младенца в действительности.

Хотя фантазии лежат в основе всех защитных механизмов, последние являются более формализованными, деперсонифицированными и всеобъемлющими. Например, хотя психический механизм интроекции основан на оральных фантазиях об инкорпорации материнской груди, он также включает в себя более формальный механизм получения и обработки информации о внешнем мире.

См. внутренний объект, идентификация.

[196, 205, 302, 381, 394, 396, 426, 441, 497, 501, 503, 504, 505, 506, 508, 643, 769, 770, 771, 772, 773, 842]

ТЕОРИЯ ЛИБИДО (LIBIDO THEORY)

Термин *либидо* впервые появился в работах Фрейда в 80-х годах прошлого века; им обозначалась сексуальное желание или влечение. Позднее он использовал этот термин в узкотехническом смысле, а также в связи со своей концепцией инстинктивных

влечений (1905). Либидо стало обозначать центральную для психоаналитической теории идею, что сексуальное желание или сексуальная стимуляция индивида продолжается в течение всей жизни, раскрываясь в разнообразных поведенческих и психических проявлениях, связанных с тем или иным их общим сексуальным, или — чтобы указать более широкий, психоаналитический смысл этой идеи, — либидиозным компонентом. Таким образом, сексуальность как инстинктивное влечение можно назвать *либидиозным влечением*; воспринимаемый импульс можно назвать *либидиозным импульсом*; человек или предмет, притягивающий к себе и удовлетворяющий такие импульсы, может называться *либидиозным объектом*. Это понятие включает в себя также аффекты и вождение. Аффективные или сексуальные связи с другим человеком можно назвать *либидиозной привязанностью*. Все перечисленные термины обозначают базисное единство сексуальных влечений, объектов и привязанностей.

Формально *теория либидо* была описана Фрейдом в 1914—1915 гг. К тому времени либидо стало рассматриваться также как форма психической энергии (по аналогии с физической энергией), которую можно инвестировать в различные психические репрезентанты и структуры психики. Такое инвестирование Фрейд назвал *катексисом*. Будучи формой энергии, либидо может разряжаться в виде сексуального удовлетворения или катектироваться (быть инвестированной) в психические структуры. Нарушение адекватной разрядки либидо может выражаться в “состояниях застоя”, имеющих непосредственное отношение к формированию острых невротических симптомов. Фрейд постулировал наличие реципрокных отношений между количеством либидо, инвестированным в самого себя (репрезентация Самости) и количеством либидо, инвестированным в репрезентацию объектов (объектная репрезентация). Эти размещения либидо Фрейд называл *либидо Я* и *объектным либидо*.

Несколько позже Фрейд описывал некоторые клинические ситуации в терминологии либидо. Лица, с легкостью устанавливающие отношения переноса и хорошо поддающиеся психоаналитическому лечению, описывались Фрейдом как обладаю-

щие *пластичным либидо*. Те, кто не был допущен таким изменениям, трактовались как обладающие *вязким либидо* (1937). Фрейд также предпринял попытку классифицировать характеры в соответствии с *либидинозными типами* (1931).

Теорию либидо часто путают с другой, связанной с ней, но все же самостоятельной теорией инстинктивных влечений. Либидо иногда также понимают в “энергетическом” смысле; такой подход, однако, является спорным. Наиболее важной особенностью теории либидо является идея об общем причинном факторе разнообразных состояний удовольствия и привязанностей индивида на протяжении его жизни. Этот причинный фактор помогает объяснить также количественные изменения в психической жизни (степень выраженности чувств, побуждений, привязанностей и т.п.). Важно помнить, что либидо является лишь аналогом физической активности, но не ее формой. Способов ее измерения и даже подходов к этому не существует.

См. инстинктивные влечения, катексис, символ, характер.
[203, 256, 280, 285, 317, 322]

ТЕОРИЯ ОБЪЕКТНЫХ ОТНОШЕНИЙ (OBJECT RELATIONS THEORY)

Система психологических взглядов, основанная на постулате, согласно которому психика состоит из элементов, взятых из внешних, первичных аспектов функционирования других людей. Это происходит через посредство процессов интернализации. Такая модель психики объясняет психические функции с точки зрения отношений между различными интернализированными элементами.

Понятие объектных отношений используется во многих теориях: 1) мотивации взаимоотношений; 2) развития взаимоотношений от примитивных в детском возрасте до комплексного психического функционирования у взрослого; 3) в теории структурных аспектов или отдельных паттернов взаимоотношений, характеризующих индивида. Впервые внимание к этим теориям привлекла работа Кляйн, Фэйрбейрна, Винникотта

и Балинта; их теории объектных отношений привели к созданию британской школы в психоанализе. Свой вклад внесли также и другие исследователи — Кернберг, Лёвальд, Мейснер, Моделл, Шефер, Столоров, Кохут и Сандлер. Отчасти эти теории проистекают из наблюдений самого Фрейда относительно влияния объектов на развитие Я. Некоторые теоретики, в частности Кернберг, предприняли попытку объединить различные аспекты теории объектных отношений с классической фрейдовской теорией.

См. интернализация, теория Винникотта, теория Кляйн, теория Фэйрбейрна.
[152, 196, 492, 507, 512, 751, 885]

ТЕОРИЯ ФЭЙРБЕЙРНА (FAIRBAIRN'S THEORY)

Теоретическая система Рональда Фэйрбейрна основана на клинических исследованиях сновидений и работе с истерическими и шизоидными больными. В основе патологии последних он обнаружил травматические переживания ребенка, которые заставляют его чувствовать себя нелюбимым. Когда врожденные стремления к взаимодействию, особенно те, что основаны на инкорпоративных желаниях, не находят ответа, эти дети начинают чувствовать, что их любовь была плохой или никчемной. Депривация не только усиливает их оральные потребности, но и придает им агрессивное качество, а фрустрация, вызванная отсутствием материнской любви, становится причиной восприятия этими пациентами своей любви как требовательной и агрессивной. В результате они отказываются от спонтанных отношений с матерью и чересчур погружаются во “внутренний мир”, тем самым расщепляя Эго на две части — взаимодействующую с внешними фигурами и связанную с внутренними объектами.

Мелани Кляйн, работы которой во многом повлияли на взгляды Фэйрбейрна, в свое время постулировала существование первой критической фазы развития ребенка, когда тот начинает защищать интернализированную им мать от деструктивных импульсов, исходящих от влечения к смерти. Эту фазу, характеризующуюся тревогой по поводу утраты хорошего объекта, Кляйн назвала *депрессивной позицией*. Фэйр-

бейрн считал, что в этой фазе ребенок должен достигнуть уровня структурированной внутренней безопасности, тесно связанной с образом хорошей матери. Усиление тревоги обусловлено не столько утратой хорошего объекта, сколько угрозой потери рождающейся Самости, то есть дезинтеграции на фрагменты, эквивалентной смерти или сумасшествию. Заимствовав термин Кляйн, Фэйрбейрн предложил называть эту первую критическую фазу *шизоидной позицией*. Тесно связанные между собой, депрессивная и шизоидная позиции рассматриваются им как источник дефектов развития, угрожающих формированию Эго. Разделяя взгляды Кляйн относительно сведения всех компонентов развития к этим двум ранним позициям, Фэйрбейрн, однако, не принял ее концепцию влечения к смерти. Он в большей степени делал акцент на факторах внешней среды, а именно на качестве материнской любви и заботы как решающих для раннего развития.

Фэйрбейрн пришел к выводу, что теория либидо должна быть заменена теорией, основанной на сугубо психологических факторах отношений с матерью, а затем и с отцом, а не на гипотетических инстинктивных энергиях и зональной разрядке напряжения. То есть Фэйрбейрн утверждал, что основное внимание психоаналитик должен уделять не трансформациям инстинкта, а событиям в рамках отношений зависимости от других, без которых развитие невозможно.

Клинические наблюдения позволили Фэйрбейрну разработать собственную концепцию, названную им теорией объектных отношений личности. Его модификация психоанализа включает два существенных отступления от Фрейда. Во-первых, Фэйрбейрн понимал Эго как структуру, существующую с самого рождения, а не как развивающуюся из Ид в результате его отношений с реальностью. Эго располагает собственной энергией, не заимствованной из Ид. Эта идея соответствовала представлениям современной физики, согласно которым энергия не мыслится вне структуры или материи. Рассматривая либидо как функцию Эго, а агрессию как реакцию на фрустрацию или депривацию, Фэйрбейрн обходится без понятия независимого Ид.

Второе отступление Фэйрбейрна касается самой энергии, для обозначения кото-

рой он оставляет лишь прежнее название "либидо". В его концепции Эго направлено не на поиск удовольствия, как у Фрейда, а на поиск объекта. Цель либидо, согласно Фэйрбейрну, состоит не в ослаблении напряжения, а в установлении удовлетворительных взаимоотношений. Поэтому, будучи нацеленным на удовлетворение базальной человеческой потребности — отношений с другими, — ребенок с самого рождения ориентируется на окружающую реальность. Это положение соответствует современным биологическим концепциям, согласно которым организм ребенка представляет собой функциональную целостность, существующую в специфических условиях внешней среды. Фэйрбейрн оспаривает точку зрения Фрейда об активации ребенка инстинктами или другими силами, связанными с эрогенными зонами. Ребенок прежде всего ориентирован на мать, достижению удовлетворительных отношений с которой служат эрогенные зоны. Они, следовательно, являются не более чем "техническими средствами" или "каналами", необходимыми для выражения либидинозных потребностей ребенка в его отношениях с объектами, а не источником либидинозных стимулов или первичными детерминантами либидинозных целей.

Постепенно Фэйрбейрн разработал модель психической структуры. Используя концепцию Кляйн о внутреннем мире воображаемых отношений, он разработал системный теоретический подход к изучению нормального развития и формирования патологических состояний, представленный в терминах динамических структур Самости. Структурная модель Ид — Эго — Супер-Эго заменена им на *базисную эндопсихическую структуру*, единую, всеобъемлющую психическую структуру, для обозначения которой он сохранил термин "Эго". Будучи источником энергии, Эго с самого начала ориентировано на внешнюю реальность и установление отношений с первичным объектом — грудью матери. Развитие психической структуры происходит постепенно — от чистого Эго через процессы интернализации, расщепления и вытеснения материнского объекта.

Неизбежные неудовлетворенность и фрустрация во взаимоотношениях ребенка с матерью, особенно связанные с сепара-

ций, приводят к интернализации объекта, одновременно и удовлетворяющего, и не удовлетворяющего. Реакция ребенка амбивалентна, возникает тревога, чувство безопасности нарушено, появляются защитные действия. *Расщепление*, которое Фэйрбейрн рассматривал как универсальный психический феномен, необходимый для того, чтобы справиться с фрустрацией и чрезмерным возбуждением ранних человеческих отношений, является нормативным (хотя иногда и патологическим) защитным механизмом, способствующим дифференциации и организации Эго (Самости). Доступные объективации аспекты объекта отщепляются и вытесняются, образуя внутренний мир. Одни внутренние объекты репрезентируют людей в целом, другие — такие части, как грудь или пенис. Эти целостные или частичные объекты могут вытесняться или проецироваться на внешние объекты. Наиболее выраженные качества предшествующей, недифференцированной структуры репрезентации объектов, называемой *исходным объектом*, расщепляются на два парциальных “плохих” объекта — *отвергающий объект*, то есть фрустрирующий или преследующий, и *возбуждающий объект*, то есть привлекающий к себе, соблазнительный (доэдипов материнский парциальный объект, грудь, и эдипов объект, пенис, отец, регрессивно воспринимаемый как парциальный объект). Остающееся ядро является десексуализированным, оно включает в себя *идеальный объект*, то есть изначально интернализированные как комфортные и удовлетворяющие аспекты груди. Исходный объект включает в себя любовь и ненависть ребенка. В дальнейшем он разделяется на *принятый объект* (прежний термин для обозначения идеального объекта) и *отвергнутый объект*, интернализированный плохой объект с двумя компонентами или *дополнительными объектами* — возбуждающим и отвергающим — подвергается вытеснению со стороны центрального Эго. В своих ранних работах Фэйрбейрн рассматривал *принятый (идеальный) объект* как “ядро Супер-Эго”.

Фэйрбейрн считал Эго либидинозно привязанным к объектам; поэтому расщепление объекта предполагает расщепление частей Эго, которые с ним связаны. Внутренний мир ребенка в конце концов достигает более или менее стабильного состояния,

в котором Эго связано с множеством внутренних объектов. Со временем из *исходного*, или *неразделенного*, Эго развивается трехкомпонентная структура.

1. *Центральное Эго* — “остаток неразделенного Эго”, выполняющее функцию вытеснения. Фэйрбейрн называл его “Я”, подразумевая, что оно объединяет бессознательные, предсознательные и сознательные элементы, хотя он подчеркивал его сознательную природу. Ринсли (1982) считает его аналогом фрейдовского *реального Я* и подчеркивает его сходную с объектом природу.

2. *Либидинозное Эго* представляет собой отщепленную и вытесненную часть исходного Эго, вступающего в либидинозные отношения с возбуждающим объектом. Фэйрбейрн понимал эту часть как аналог классического Оно. Ринсли сравнивает либидинозное Эго с фрейдовским ректифицированным Я-удовольствием.

3. *Антилибидинозное Эго* (первоначально называвшееся *внутренним саботажником*) является отщепленной и вытесненной частью исходного Эго, вступающего в либидинозные отношения с отвергающим объектом. Отожествленное с агрессивным родителем, антилибидинозное Эго представляет собой предшественника более поздней структуры, которая сливается со сдерживающими аспектами того, что Фрейд понимал как Я-идеал и Сверх-Я. В отличие от постулированных Фрейдом структур, антилибидинозное Эго порождает страх, но не чувство вины.

Таким образом, Сверх-Я Фрейда рассматривается Фэйрбейрном как “комплексная структура, включающая в себя а) идеальный объект или Эго-идеал; б) антилибидинозное Эго и в) отвергающий (антилибидинозный) объект” (1963, с. 224). То, что он называл *моральной защитой*, являлось попыткой со стороны Супер-Эго сохранить хорошие объектные отношения с плохими объектами, вынуждая к интернализации отщепленного (фрустрирующего и возбуждающего) объекта.

Раннее расщепление может модифицироваться или интенсифицироваться родительскими установками. Фэйрбейрн считал эту структуру универсальным паттерном процессов развития и назвал *базальной эндопсихической ситуацией*, имея в виду не что иное, как шизоидную позицию. Она

возникает вследствие "агрессивной установки" центрального Эго по отношению к либидинозному и антилибидинозному Эго, которые оно отщепляет от Самости и вытесняет. Фэйрбейрн не признает первичность эдипова комплекса, который, согласно его теории, является производным от более ранних структур.

Фэйрбейрн определяет вытеснение либо как *непосредственное*, либо как *косвенное*. Первое состоит в "установке отвержения" со стороны центрального Эго в отношении возбуждающего и отвергающего объектов, а затем в отношении присоединяющихся к ним либидинозного и антилибидинозного Эго. Косвенное вытеснение представляет собой "бескомпромиссную враждебную установку [антилибидинозного Эго] в отношении либидинозного Эго" и связанного с ним возбуждающего объекта. Дополнительные объекты (отвергающий и возбуждающий) и дополнительные Эго (либидинозное и антилибидинозное) вытесняются и поэтому являются бессознательными, однако Фэйрбейрн не поясняет, каким образом вытесненные (то есть отщепленные) психические содержания становятся бессознательными. Более того, вытеснение и расщепление рассматриваются по сути как один и тот же процесс.

Фэйрбейрн заменяет предложенную Абрахамом схему либидинозного развития и его фаз (оральная, анальная, фаллическая) моделью развития объектных отношений, основанной на трансформации зависимости от матери. Он постулирует следующие три стадии.

1-я стадия, стадия *инфантильной зависимости*, знаменуется абсолютной, неизбежной зависимостью от материнской груди как от биологического объекта, с которым вступает в отношения рот ребенка. Однако доминирующая установка инкорпорации характеризует эту стадию в большей степени, чем либидинозный катексис рта, выражающийся в интернализации груди. Эта стадия включает в себя *первичную идентификацию*, под которой Фэйрбейрн понимал нечто сходное со слиянием с объектом, пока еще не полностью дифференцированным от Самости. Таким образом, инфантильная зависимость, первичная идентификация и нарциссизм, согласно Фэйрбейрну, взаимосвязаны. Эта стадия подразделяется на *ран-*

нюю оральную (доамбивалентную) фазу, связанную непосредственно с материнской грудью (как парциальным объектом), и *позднюю оральную (амбивалентную) фазу*, связанную с образом "матери с грудью", то есть с целостным объектом, воспринимаемым как парциальный.

2-я стадия, стадия *псевдонезависимости*, представляет собой длительную промежуточную или *переходную стадию*, не имеющую специфического, естественного биологического объекта. Ребенок устанавливает более прочные отношения с внешними объектами, которые постепенно становятся все более дифференцированными, и организует свой внутренний мир с помощью внутренних репрезентантов объектов. Эту стадию характеризуют различие, принятие и отвержение. Весь объект воспринимается как телесные содержания, при этом "плохие" части объекта отторгаются. Именно поэтому, согласно Фэйрбейрну, данная стадия окрашена "экскреторными" установками, но не из-за либидинозного катексиса ануса или фекалий.

Фэйрбейрн обнаружил, что все его шизоидные пациенты на одной и той же стадии анализа проявляли паттерны основных психоневрозов в качестве средств защиты против угрозы потери Самости. Поэтому он считал, что психоневроз не следует рассматривать в качестве патологических образований, имеющих специфический источник в одной из фаз развития либидо. Вместо этого он рассматривал их как присущие *переходной стадии способы* интернализации и экстернализации, возникающие вследствие общих семейных паттернов. Эти способы позволяют ребенку регулировать или "обходиться" с принятым или отвергнутым объектом и отказываться от отношений первой, оральной, стадии в пользу отношений, основанных на дифференцированных объектах. Если же эти способы сохраняются в последующей жизни, они превращаются в патологические механизмы предотвращения регрессии к шизоидным и депрессивным состояниям и проявляются в фобическом, истерическом, обсессивном и параноическом поведении.

3-я стадия, стадия *зрелой независимости*, отражает достижение полной дифференциации Самости и объекта, а также отношений "брать и давать" с целостными объек-

тами. Естественным биологическим объектом являются гениталии неинцестуозного партнера (таким образом, эта стадия соответствует классической концепции генитальности). Вместе с тем характерной особенностью этой стадии является установка шеринга и кооперации между равноценными индивидами, а биологический аспект является лишь частью целостных взаимоотношений.

К заслугам Фэйрбейрна следует отнести также введение в психоаналитическую теорию принципа объектных отношений, который, по мнению некоторых аналитиков, является более прогрессивным, нежели фрейдовская схема, основанная на представлениях прошлого столетия о свободных энергиях как силах, независимых от структуры. Концепции Фэйрбейрна возникли во многом под влиянием представлений Мелани Кляйн. Однако он разработал самостоятельную систему взглядов, значение которой все более подчеркивалось многими исследователями, в частности Кернбергом, Ринсли и др., занимавшимися изучением и терапией психических расстройств, считавшихся прежде неподвластными психоанализу. Взгляды Фэйрбейрна были расширены и дополнены Гантрипом (1961), сумевшим с помощью клинических наблюдений подтвердить концепцию Фэйрбейрна и сделать ее необычайно емкое изложение более понятным.

[197, 198, 381, 397, 398, 494, 724]

ТЕРАПЕВТИЧЕСКАЯ ЦЕЛЬ (THERAPEUTIC AIM)

Целью психоаналитической терапии является достижение интрапсихических изменений — устранение стигм, связанных с детскими травмами, и предупреждение их болезненного повторения, изменение несоответствующих и дезадаптивных защитных структур, завершение психологического развития и др.

В 90-е годы прошлого столетия, когда Фрейд предложил новый способ лечения, давший впоследствии толчок к развитию психоанализа, терапевтическая цель достигалась за счет усилий, направленных на восстановление разорванных в результате травматических влияний связей аффекта с его изначальным идеационным компонен-

том. Основной формой терапевтической работы являлось отреагирование, способствующее адекватной канализации аффекта; если подобная разрядка была удачной, аффекты в дальнейшем в виде симптоматики не проявлялись. Начиная примерно с 1900 года, психоанализ обогатился новым способом извлечения бессознательных феноменов и перевода их в область сознания. Основным аргументом в пользу нового метода было признание того, что далеко не все бессознательные переживания могут прорваться в сознание по причине незрелости психического аппарата, неспособного в данный момент к подобному действию. Такое состояние психического аппарата рассматривалось в качестве особого предрасположения к возникновению симптоматики. Фрейд полагал, что более зрелая психика, приспособленная к переводу бессознательного содержания на язык сознательного, намного реалистичней ориентируется в нюансах ситуации, а потому может дать более благоразумное “заклучение”. Выводы из этого предположения позволяли думать, что после устранения детских фиксаций и приостановления регрессии, можно добиться определенных результатов в работе с инстинктивными проявлениями у зрелого индивида.

После 1923 года прежние цели терапии были заменены Фрейдом краткой формулировкой “где было Оно, должно стать Я”. С этого времени основные терапевтические усилия направлялись на упрочение исполнительных структур психического аппарата при одновременном раскрытии или разрешении бессознательных проявлений влечений детского возраста. С этой основной целью связан второй аспект терапии, базирующийся на признании того факта, что чувство вины (Сверх-Я) может быть преобразовано с помощью толкования, позволяющего заменить образы суровых и непреклонных родителей пациента более благосклонной фигурой аналитика. Дальнейшие терапевтические усилия преследуют цель укрепления Я путем интерпретаций конфликта и защит, благодаря чему пациент получает возможность лучше распознавать и понимать влияния, оказываемые на его собственное Я. Появление новых психопатологических концепций неизменно приводило к новым определениям терапевтической цели. Так, Мелани Кляйн и ее последователи

предлагали способ аналитической интерпретации наиболее ранних патологических структур пациента; предшественники школы объектных отношений — идентификацию и интерпретацию различных типов примитивных патологических ядерных структур Самости с последующей их интеграцией в связную, упорядоченную личностную организацию. Модель *биполярной Самости* предполагает воздействие оптимально стабильной и эмпатической фигуры аналитика, предоставляющего возможности для “преобразующей интернализации”.

Первоначально считалось, что терапевтическая цель анализа достигается путем эксплицитной интерпретации, помогающей пациенту достичь инсайта. Такое представление превалирует и ныне, однако аналитики считают, что изменения можно достичь благодаря чему-то, что присуще самому аналитическому переживанию.

См. защита, отреагирование, психология Самости, структурные изменения, теория Кляйн, теория Фэйрбейрна, топографический подход, Я.

[240, 289, 319, 381, 413, 513, 771, 831]

ТЕРАПЕВТИЧЕСКИЙ АЛЬЯНС (THERAPEUTIC ALLIANCE)

Рабочий альянс (Working Alliance)

В широком смысле понятия *терапевтический альянс* и *рабочий альянс* эквивалентны. Оба термина характеризуют объединение усилий пациента и аналитика в терапевтическом процессе. Единой и непротиворечивой концепции терапевтического альянса не существует: если возможности аналитика образовать такой альянс рассматриваются как вполне осуществимые, то способности и желания пациента в этом направлении оцениваются как сомнительные.

По утверждению Фрейда, позитивный перенос со стороны пациента является единственным требованием, предъявляемым к формированию терапевтического альянса. Другие авторы также подчеркивают значение элементов переноса, то есть терапевтического воспроизведения детских установок доверия, потребности в поддержке, опоре и содействии.

Так называемые “реальные отношения” между аналитиком и пациентом предполагают восприятие и ориентирование аналитика как “реальной личности”, то есть существование динамичных, но свободных от искажений, создаваемых переносом, отношений.

С этой позиции некоторые авторы отстаивают возможность “перевода” качественных особенностей взаимодействия в детском возрасте на язык социально пригодных характерологических черт, способностей и видов деятельности, относительно независимых от их детских первоисточников и влияний конфликта.

Сторонники этой точки зрения рассматривают основные аспекты сотрудничества пациента и его вовлеченности в совместную терапевтическую работу в качестве рациональной и разумной позиции, анализ истоков которой может, однако, привести к несоответствующим результатам и даже повредить аналитической процедуре.

См. перенос.
[133, 167, 386, 905]

ТИПОЛОГИЯ (TYPOLOGY)

См. термины аналитической психологии.

ТИПЫ ДЕПРЕССИИ (DEPRESSION TYPES)

См. психология Самости.

ТИПЫ САМОСТИ (SELF TYPES)

См. психология Самости.

ТОПОГРАФИЧЕСКИЙ ПОДХОД (TOPOGRAPHIC POINT OF VIEW)

Один из трех подходов, предложенный Фрейдом (1915) в качестве метапсихологической интерпретации психических феноменов. Предыдущие подходы получили те-

оретическое обоснование на основе динамической и экономической концепции. Термин *топографический* происходит из древнегреческого и означает относительное положение и профиль — взаимное расположение и очертания отдельных пространственных областей. С помощью топографического подхода Фрейд стремился определить “месторасположение” психических феноменов по отношению к сознанию. Он постулировал существование трех основных частей психики, размещенных (в метафорическом, но не анатомическом или пространственном смысле) по вертикальной оси от наиболее поверхностного слоя до самого глубокого. Все, что составляет сознательно воспринимаемые образы и предметы, то есть психическое содержание памяти, сновидений, мыслей, желаний, чувств, было отнесено к поверхностному слою. Несколько “ниже” помещается предсознательное — содержания психической жизни, способные при определенных условиях и достаточной концентрации внимания достичь области сознания. Все, что не может быть выведено в эту область, несмотря ни на какие усилия и сосредоточение внимания, относится к наиболее глубокому слою психики — бессознательному.

Фрейд подчеркивал, что предложенные им термины имеют сугубо эвристическое значение и обозначают основные *системы* психики. *Система бессознательного* характеризуется совокупностью первичных процессов мышления, *предсознательное* и *сознательное* — вторичным процессом, неразрывно связанным с логическими построениями и речью. Кроме того, Фрейд выдвинул гипотезу о наличии двух барьеров — на границе между бессознательным и предсознательным и на границе между предсознательным и сознанием.

В настоящее время понятия сознательного и предсознательного используются главным образом в их дескриптивном значении, тогда как понятие бессознательного — и в дескриптивном, и в динамическом. Топографический подход использовался для решения задач накопления и упорядочения данных, получаемых в результате непосредственных клинических наблюдений, в то же время этот подход применялся и в целях анализа, то есть для “перевода” языка бессознательного в сознание. В дальнейшем топографическая концепция была дополне-

на во многом перекрывающейся второй топографической теорией — трехкомпонентной структурной моделью (Оно, Я, Сверх-Я), согласно которой анализ конфликта и специальные техники позволяют осуществлять конкретный “перевод” содержания Оно в содержание Я.

См. бессознательное, глубинная психология, метапсихология, предсознательное, сознание, структурная теория.

[45, 249, 288, 303]

ТОРМОЖЕНИЕ (INHIBITION)

Термин, обозначающий ограничение области функционирования Я. Торможение может наблюдаться как в норме, так и в структуре патологических состояний, проявляясь в виде отдельного симптома. Оно может распространяться на отдельные функции или на все функции Я. В качестве примеров можно привести сексуальное торможение, локомоторное, торможение в работе и др. В основе этого феномена может лежать потребность в самонаказании, он может быть непосредственно связан с неприемлемыми желаниями. В отдельных случаях торможение рассматривается как результат энергетического осуждения Я вследствие экстенсивного использования энергии, в частности в механизмах защиты.

См. конфликт, симптом, функции Я.
[203, 312, 856]

ТРАГИЧЕСКИЙ ЧЕЛОВЕК (TRAGIC MAN)

См. психология Самости.

ТРАВМА (TRAUMA)

Дезинтеграция или срыв, возникающий в том случае, когда психический аппарат внезапно подвергается воздействию внешних или внутренних стимулов, которые слишком сильны, чтобы справиться с ними или ассимилировать обычным способом. При психической травме разрушается стимульный

барьер или так называемый предохранительный "щит", а Я утрачивает свои посреднические функции и становится беззащитным. Возникает состояние беспомощности, варьирующее от общей апатии и ухода в себя до эмоциональной "бури", сопровождающейся дезорганизацией поведения, граничащей с паникой. Нередко отмечаются признаки автономной дисфункции. Выраженность и длительность *травматического состояния* у разных пациентов может различаться. Его последствия могут нивелироваться или выражаться в виде затяжного *травматического невроза*.

Понятие травмы является неотъемлемой частью ранней теории неврозов Фрейда. Хотя Фрейд первым высказал предположение о том, что в основе психической травмы лежит аффективный способ реагирования (испуг, тревога, чувство стыда, физическая боль и др.), лишь исследования последних десятилетий позволили выявить основные факторы, predisposing к развитию травматических состояний и определяющие их исходы. При травматическом неврозе сила стимула по отношению к готовности стимульного барьера имеет первостепенное значение. Тем не менее в данном случае, как и при нарушениях, возникающих на основе внутренних конфликтов, резервы противодействия травматическим влияниям определяются конституциональными факторами и особенностями приобретенного опыта. В процессе развития психические травмы неизбежны. Некоторые из них могут быть настолько значимыми, что их влияние сказывается на общих свойствах чувствительности индивида ко всем последующим травматическим воздействиям. При этом конституциональные факторы наряду с фиксацией и регрессией в развитии Я и Сверх-Я, основой которых являются проблемы в ранних отношениях с матерью, обуславливают уязвимость Я. Подобное неблагоприятное влияние оказывают и аккумулялирующиеся "легкие" травмы детского возраста, могущие существенно изменить структуру развития и адаптивных способностей индивида. Корреляция травматических воздействий с проявлениями либидинозной фазы, на которую приходится травма (*фазовая специфичность*), определяет степень риска возникновения болезненного состояния и типологию его проявлений. Успех

излечения психической травмы зависит от многих факторов, таких, как внутренняя и внешняя ситуации, возраст, в котором была получена травма, реакция индивида на событие, а не столько само событие, архаические патологические попытки справиться с ним, самооценка и поддержка со стороны объектов. В некоторых случаях симптоматика острой травмы может сопровождаться усилением Я, улучшением адаптации и ускорением психического развития.

См. психический аппарат, стимульный барьер, травматический невроз, Я.
[230, 326, 336, 337, 525, 528, 855]

ТРАВМАТИЧЕСКИЙ НЕВРОЗ (TRAUMATIC NEUROSIS)

Специфическая форма невроза, возникающего в результате действия угрожающих факторов, реальной физической либо психической травмы (то есть внезапного и сильного стресса). Описываемые неоднократно под различными названиями, проявления травматического невроза стали привлекать внимание лишь в связи с психологическими последствиями мировой войны. Травматический невроз возникает, как правило, после катастроф, аварий, стихийных бедствий, насилия, то есть в тех случаях, когда травматические воздействия выходят за рамки привычных переживаний. Травматический невроз представляет собой "вызванное стрессом" расстройство тревожного типа, часто настолько тяжелое, что его оправданно называть паникой. По продолжительности травматический невроз принято разделять на острый, затяжной и хронический. Человек может справиться с тревогой с помощью различных невротических механизмов — истерического (соматические симптомы или состояния протрации, называемые травматической истерией), обсессивного или фобического.

Симптоматика травматического невроза включает переживания постоянного воспроизведения травматической ситуации, замедление ответных реакций на различные стимулы, ограничение контактов с внешним миром, а также целый ряд дисфорических расстройств и когнитивных нарушений. Верным признаком при постановке

диагноза травматического невроза являются повторяющиеся сновидения, в которых травматическое событие воспроизводится с минимальными изменениями. Такие сновидения всегда связаны с тревогой, ажитированным беспокойством и страхом, что сон появится снова. Это, в свою очередь, ведет к бессоннице. Часто возникающие раздражительность, социальная отчужденность и недоверие к другим выражаются в нарушении межличностных отношений и ослаблением социальной активности. Установку ухода или безразличия можно было бы назвать блеклым аффектом, однако тщательное обследование в процессе терапии обнаруживает переживаемый пациентом мучительный и порой невыносимый аффект.

Эпизоды навязчивого воспроизведения травматической ситуации в фантазиях и представлениях — один из наиболее характерных признаков травматического невроза. Больные чувствуют себя скованными бесконечной цепью болезненных переживаний, каждое из которых может стать “пусковым механизмом” для последующих. Они выглядят раздраженными, “отстраненными” либо крайне несдержанными и вспыльчивыми, зачастую по отношению к близким и всем тем, кто готов оказать им помощь и поддержку.

После травматического события индивид чувствует в себе изменения; он воспринимает себя не таким, как раньше. Он лишается уверенности в себе и не чувствует легкости в поведении. Он ощущает в себе изменения, но не понимает, как эти изменения произошли. Человек больше не чувствует себя способным доверять себе и считает, что и другие тоже не могут его защитить.

Повторяющиеся сновидения отражают попытку справиться с первоначальной травмой с помощью отрицания. Сновидения настолько реальны, что сновидец не может сразу определить их настоящий характер, поэтому он может почувствовать, что действительное событие — не более чем сон. Подобные защитные функции выполняют и повторяющиеся воспоминания.

Несмотря на выраженность симптоматики и ее влияние на адаптацию, травматический невроз хорошо поддается психотерапевтическому лечению, основанному на фундаментальном понимании расстройств.

См. военный невроз, психоневроз, травма.
[348, 526, 627, 712]

ТРАВМАТИЧЕСКОЕ СОСТОЯНИЕ (TRAUMATIC STATE)

См. тревога.

ТРАНСВЕСТИЗМ (TRANSVESTISM)

Перверсия, приписываемая только лицам мужского пола и характеризующаяся воображаемым либо действительным переодеванием в женскую одежду с целью достижения психологического комфорта или возбуждения. Процесс переодевания нередко является необходимым условием коитуса или мастурбации. Как правило, трансвеститы используют несколько предметов, а порой располагают целым гардеробом соответствующих вещей, включая парики. Переодевание может проявляться в виде одиночных актов, помогающих преодолеть чувство вины, либо достигать широкого размаха, слагаясь в определенную субкультуру у Я-синтонных личностей. Переодевание для разных индивидов имеет разное значение; чаще, однако, функции трансвестизма сводятся к развитию специфического компромиссного образования, выражающего идентификацию с образом женщины, наказание за инцестуозные эдиповы желания и фантазию о фаллической женщине. Мастурбация, особенно в кульминационный момент оргазма и семяизвержения, позволяет “одержать победу” над идентификацией с женщиной и над кастрацией.

В отличие от гомосексуализма и транссексуализма переодевание при трансвестизме носит выраженный фетишистский характер; при этом выбор гетеросексуального объекта и принадлежность к мужскому полу остаются относительно адекватными. Длительные катамнестические наблюдения показывают, что большинство мальчиков, склонных к переодеванию в женскую одежду (эта тенденция проявляется уже на втором году жизни), чаще становятся гомосексуалистами. Стремление к переодеванию проявляется у трансвеститов в латентный период или в раннем подростковом возрасте. Именно в этом возрасте переодевание становится основным элементом эротизма, хотя то, в какой степени эта активность поддерживается Я или имеет до-

ступ к его исполнительным аппаратам, варьирует.

В некоторых случаях разграничение трансвестизма и транссексуализма оказывается затруднительным, поскольку почти все трансвеститы, не будучи транссексуалами, фантазируют на тему превращения в женщину. По мере созревания сексуальные аспекты переодевания становятся все менее значимыми, уступая место создающей психологический комфорт стойкой идентификации с женщиной. У определенного контингента трансвеститов зрелого возраста, в частности у тех, у кого снижена самооценка, могут наблюдаться состояния острого расстройства защитных функций. Такие мужчины могут приобретать черты транссексуалов и стремиться к изменению половой принадлежности. Они склонны к суициду и самоосколпению, и их состояние следует рассматривать как требующее неотложной медицинской помощи.

[54, 354, 611, 816, 818]

ТРАНССЕСУАЛИЗМ (TRANSSEXUALISM)

Клинический синдром, характеризующийся группой расстройств половой и сексуальной принадлежности. Нередко этот термин используется весьма произвольно. Поэтому в последнее время предпочтение отдается другому термину — *расстройству половой принадлежности*. Лица с этим типом расстройств квалифицируются как транссексуалы. Проявления транссексуализма обнаруживаются у лиц обоих полов; при этом соотношение мужчин и женщин составляет десять к одному. Основные признаки синдрома выделяются на основе особенностей поведения, отражающих стремление пациентов к отчетливой сексуальной идентификации. Все транссексуалы преследуют две главные цели: хирургического изменения половых органов и как можно более точного воспроизведения “идеальной” анатомии и функций гениталий противоположного пола. Характерно, что транссексуалы не отрицают своей телесной половой принадлежности, они лишь не приемлют психологических ее последствий. Поэтому желание изменить физические признаки пола тесно связаны с социальной

и сексуальной ролью противоположного пола и способностью ассимилировать свой образ с этой ролью.

В клиническом отношении транссексуалы варьируют от относительной нормы до психотиками, если только отрицание значения их генитальной анатомии не достигает степени маниакальности. Как и при остальных формах перверсии, транссексуализм характеризуется выраженной агрессивностью, тревожностью и депрессией. Эти аффекты больше, чем у других пациентов, включая и тех, кого принято называть пограничными больными, связаны с сексуальным образом тела. Дифференциация перверсий и транссексуализма проводится на основе того, в какой степени конфликты, связанные с аннигиляцией и кастрацией, проявляются и разрешаются символически. При перверсиях сексуальные фантазии и ритуалы на символическом языке отражают конфликты, связанные с половыми различиями образа тела и кастрацией. Эти символические фантазии и действия предохраняют физическую целостность пациента от угрозы кастрации и тем самым не позволяют “парализовать” функции Я. Способность транссексуалов к символическому выражению этих конфликтов периодически или постоянно снижена, в результате чего образ тела становится расплывчатым, и они идентифицируют себя с противоположным полом. То, что обычно является страхом кастрации, преобразуется в желания, которые можно удовлетворить только путем физического изменения гениталий.

В редких случаях транссексуалы не обнаруживают признаков типичного конфликта, и тогда их принято называть *истинными* или *первичными*; те, кто обнаруживает конфликт, обозначаются как *вторичные*. Мнения по поводу этиологии транссексуализма или расстройств половой принадлежности противоречивы. Существуют гипотезы о биологической этиологии, о бесконфликтной аномальной симбиотической фазе (только в случаях первичного транссексуализма у мужчин), а также связанные с более привычными психическими процессами конфликта, регрессии и фиксации.

См. *перверсии, пограничные расстройства личности, половая принадлежность, психоз, регрессия, фиксация.*

[564, 609, 680, 783, 821]

ТРЕВОГА (ANXIETY)

Аффект или эмоциональное состояние, характеризующееся неприятным чувством ожидания или ощущением надвигающейся угрозы. Интенсивность или длительность этого состояния в значительной степени варьирует. Тревога имеет как физиологические, так и психологические корреляты. Общими для всех тревожных состояний являются учащенное сердцебиение и дыхание, тремор, потливость, диарея и мышечное напряжение. Психологически тревога воспринимается как всеохватывающее переживание бессилия перед лицом нависающей угрозы, диффузной и неизвестной. Чувство тревоги может сопровождаться или “подменяться” телесными ощущениями. Тревога, отражая бессознательную опасность, отличается от страха, являющегося ответной реакцией на осознаваемую и реальную внешнюю опасность.

Поскольку невротические симптомы рассматриваются как “избегание” неприятных переживаний, связанных с тревогой, это понятие имеет центральное значение для всего психоанализа. Симптомы не вызывают тревоги; если тревога сосуществует с невротическими симптомами, это обычно означает, что симптомы не способны связать всю тревогу.

Первоначально Фрейд относил тревогу к нарушениям сексуального функционирования. В своей *первой теории тревоги* он полагал, что неадекватная разрядка либидо трансформируется в тревогу. Это положение, однако, оказалось во многом спорным и ограниченным: если тревога и вытеснение неразрывно связаны, причем таким образом, что вытеснение вызывает тревогу, то всякое ослабление вытеснения должно сопровождаться уменьшением тревоги. Такой аффект, тем не менее, наблюдается далеко не во всех случаях. Кроме того, сходство внешних проявлений тревоги и страха — не аккумулирующих сексуальное напряжение — ставило концепцию в тупик.

Во *второй теории тревоги* Фрейд (1926) рассматривал тревогу с позиции Я, определяя ее как специфический ответ на индивидуально значимую угрозу. При *реалистичной тревоге* (то есть страхе) угроза вытекает

из распознаваемой внешней опасности, в то время как при *невротической тревоге* опасность исходит изнутри. Фрейд различал также два вида провоцирующих тревогу ситуаций. Для первого вида типичной является ситуация рождения, когда тревога есть результат массивного нарастающего внешних стимулов, с которыми организм еще не в состоянии справиться. Такая *автоматическая тревога* наблюдается в детском возрасте при слабом и незрелом Я. Ситуации второго типа являются более типичными и относятся к периоду, наступающему после созревания защитной организации психики. В таких ситуациях тревога не является результатом опасности, а нарастает при ее предвосхищении или ожидании. Она получила название *сигнальной тревоги*. В ответ на сигнальную реакцию приводятся в действие защитные операции Я. В ситуации объективной угрозы сигнал тревоги представляет собой адаптивный ответ, тогда как в случае психического конфликта тревога может быть отражением не доступных осознанию (и/или действию) возникающих импульсов или болезненных чувств. В наиболее рафинированной и функционально эффективной форме сигнал тревоги ограничивается “похожим на мысль” осознанием, позволяющим совладать с опасной ситуацией. Если же интенсивность тревожных переживаний чересчур велика, то тогда тревога выходит из-под контроля, что приводит к временной функциональной дезорганизации индивида. Такое состояние описывается под названием *панического* или *травматического*. Паника рассматривается как отражение ранних стадий развития с выраженным чувством беспомощности; реакция является глобальной.

Фрейд описал типичные *ситуации угрозы*, имеющие место в развитии ребенка. Первая из них — утрата объекта любви, опекуна (обычно матери), от которого ребенок наиболее зависим. Позже, когда начинает восприниматься ценность объекта и появляется константность объекта, все более отчетливой становится угроза утраты объекта любви. Еще позже на первое место выходит страх телесного повреждения (кастрации). Наконец, для латентного периода характерен страх быть лишенным любви, покинутым и наказанным (интернализированными репрезентантами родителей, то

есть Сверх-Я). Фрейд отмечал, что, хотя эти “опасности” специфичны для разных фаз, они могут существовать и в Я взрослого. Наличие ранних форм тревоги на более поздних стадиях развития является отражением невротической фиксации; невротическая личность бессознательно боится одной из этих ранних опасностей, переживая тревогу в виде реакций или симптомов, служащих отражением или связыванию этой тревоги.

Во второй теории тревоги Фрейда акцент смещен с физиологических аспектов проблемы к психологическим. Описав тревогу как связанную с предвосхищением и ожиданием опасности, он создал концепцию, имеющую более широкое приложение и обладающую большей “силой” интерпретации наблюдаемых фактов. Новая теория ознаменовала также изменения в суждениях Фрейда относительно Я, которое он начал рассматривать как совокупность психических функций, активную, богатую ресурсами и имеющую большое значение в структуре психики.

*См. аффект, конфликт, функции Я.
[131, 312, 319, 604, 697]*

ТРЕВОГА ВОСЬМИ МЕСЯЦЕВ (EIGHT-MONTH ANXIETY)

См. страх незнакомца.

ТРЕВОЖНЫЕ РАССТРОЙСТВА (ANXIETY DISORDER)

Невроз страха (Anxiety Neurosis) Состояние тревоги (Anxiety State) Тревожный характер (Anxiety Character)

Современное психиатрическое обозначение симптоматических образований, в которых центральным фактором является тревога, будь то осознаваемая или неосознаваемая. Тревожные состояния не включают в себя шизофрению, первичные аффективные расстройства и органическую дисфункцию мозга. В целом нозологическая классификация учитывает психоанали-

тическую концепцию тревоги как сигнального аффекта, возникающего из конфликта сил психики и проявляющегося в виде различных компромиссных образований или симптомов. Пациент не всегда может переживать тревогу, а аналитик ее наблюдать; в других случаях тревога выражается достаточно явно в виде преходящего, рекуррентного, стойкого или постоянного феномена. Особенности ее зависят от эффективности защитных действий индивида. Таким образом, под категорию “тревожные расстройства” в DSM-III подпадают как состояния, включающие в себя явную тревогу, так и состояния, характеризующиеся фобиями и/или навязчивыми действиями, в которых тревога становится явной только тогда, когда защитные усилия дают осечку. Вместе с тем состояния, возникающие в результате защиты от тревоги с помощью физической конверсии и диссоциации (истерии), отнесены к другим категориям. Отмеченное несоответствие привело к путанице в DSM-III; ниже будут отмечены и другие несоответствия.

Состояния с различной по интенсивности и длительности первичной тревогой отнесены DSM-III к подкатегории “тревожные состояния (неврозы страха)”. Таким образом, классификация игнорирует историю невроза страха как отдельного синдрома. Впервые этот синдром был описан Фрейдом в 1895 году. Его характеризуют раздражительность, тревожное ожидание, сопровождающееся тем, что сегодня назвали бы физиологическими коррелятами тревоги, фобии, связанные с физиологическими и локомоторными симптомами, а также обсессивные и порой истерические симптомы. Такой “невроз страха” Фрейд обозначал термином “актуальный” (то есть имеющий место в настоящее время), полагая, что он возникает вследствие нарушений сексуальной жизни и представляет собой блокировку сексуального возбуждения, не находящего путей для разрядки и канализирующегося в телесные (вместо психических) симптомы. Фрейд отграничивал невроз страха от истерии и невроза навязчивых состояний — так называемых психоневрозов, причиной которых, по его мнению, являются чисто психические факторы, связанные с детскими конфликтами. Правда, при таком делении неврозов Фрейд признавал

существование смешанных форм. Идеи об отражении сексуального возбуждения в соматическую сферу и “прорыве” либидо были положены Фрейдом в основу его первой теории тревоги. И хотя понятие актуального невроза в настоящее время признано устаревшим, клинические описания его остаются важными и поныне. Предполагается, что в основе приступов паники лежат генетически обусловленные физиологические изменения. Исходя из этого, проводится разделение панических и генерализованных состояний тревоги, с одной стороны, и истерических, фобических и обсессивных синдромов — с другой. Тем не менее этот исторический фон часто игнорируют, и невроз страха рассматривают просто как форму психоневроза.

Хотя понятия *тревожного расстройства*, *невроза страха* и *тревожного состояния* использовались как синонимы для обозначения невротического состояния, главным клиническим признаком которого является свободно плавающая тревога, здесь имеются определенные различия. *Состояние тревоги*, феноменологический термин, следует резервировать за ситуацией, в которой становятся очевидными психофизиологические проявления тревоги, будь то временные или стойкие. Человек может находиться в состоянии тревоги (например, перед лицом внешней опасности) без соответствующих признаков тревожного расстройства или невроза страха. И наоборот, лица с тревожными расстройствами (фобии, обсессии) могут в данное время не обнаруживать тревоги, прибегая к защитным действиям. Термин *свободно плавающая тревога* описывает состояния, не связанные с определенной и специфической ситуацией, как это имеет место при фобическом неврозе. Ее проявления принято считать показателем того, что произошел сбой в защитных функциях Я, призванных предохранять от угрожающих бессознательных фантазий.

Тревожный характер — редко употребляемый термин, применяемый по отношению к лицам с хроническими проявлениями тревоги разной степени выраженности. Такие лица, как правило, не осознают собственной тревожности, причем даже в ситуациях, когда их психическая или поведенческая активность направлена на “рассеивание” или контролирование той же тревоги. По-

добных лиц следует относить к более широкой диагностической категории невротического характера. Этим понятием обозначаются индивиды, ежедневное поведение которых находится под постоянным влиянием бессознательных конфликтов, а тревога и другие невротические симптомы осознаются ими недостаточно.

Понятие *тревожной истерии (истерии страха)* введено в 1908 году Штекелем и заимствовано 1909 году Фрейдом для описания невротических состояний, включающих в себя явную тревогу. В структурном отношении эти состояния сходны с конверсионной истерией, однако наряду с конверсиями включают также фобические расстройства. В то время Фрейд полагал, что истерия страха представляет собой сочетание невроза страха (актуального соматического невроза, в формировании которого не участвуют психические механизмы) и истерии — психоневроза, при котором психический конфликт конвертируется в телесные симптомы. Фрейд считал, что конверсионная истерия и истерия страха сходны в том, что в обоих случаях используется вытеснение для отделения аффектов от идей. Различия между ними усматривались в том, что при истерии страха либидо, освобожденное вытеснением от патогенных идей, не конвертируется, а проявляется свободно, в виде тревоги. Последняя в дальнейшем ассоциативно связывается психикой с определенной ситуацией, которой можно избежать (процесс формирования фобии).

Диагноз “истерия страха” не является общепринятым. Однако истерия страха и фобия не являются абсолютными синонимами, несмотря на тенденцию рассматривать их таковыми. Истерия страха ставит вопрос о механизмах формирования невроза; описанный Фрейдом синдром существует; он наблюдается в детском возрасте и, как предполагал Фрейд, свидетельствует о попытках пациента совладать с конфликтом фаллической-эдиповой фазы. Приступы тревоги с последующими попытками ограничить ее проявления фобической и иной симптоматикой расцениваются в настоящее время в качестве индикатора психического конфликта, при котором попытками защитные действия пока еще не способны адекватно контролировать без явного дистресса инстинктивные стремления. Если наряду с тревогой

проявляются другие симптомы, то такой синдром современными аналитиками обозначается лишь “описательно” по преобладающей симптоматике (в данном случае — *фаллический невроз*).

В классификацию DSM-III включены также *посттравматические стрессовые расстройства*. В данной книге их описание приведено в рубрике “травматические неврозы”.

См. актуальный невроз, компромиссное образование, конфликт, симптомы, травматический невроз, тревога, фобия.

[27, 131, 242, 259, 260, 541, 604]

ТРЕХКОМПОНЕНТНАЯ МОДЕЛЬ (TRIPARTITE MODEL)

См. структурная теория.

ТЯЖЕЛАЯ УТРАТА (BEREAVEMENT)

См. печаль, скорбь.

ФАЛЛОС (PHALLUS)

Латинское слово, заимствованное из греческого, обозначающее пенис. Уже с античных времен это слово использовалось в качестве метафоры, отражающей производительные силы природы. В психоанализе фаллос употребляется как в символическом, так и анатомическом значении. Анатомически этим термином принято обозначать пенис у мужчин и клитор у женщин, сходные в эмбриональном отношении. Символически словом “фаллический” описывают такие черты личности, как сила, настойчивость, агрессивность и высокая потенция (в переносном смысле), — обычно они связываются с мужственностью, противоположной женственности. Фаллос изображается с помощью огромного множества символов. В психоанализе этот термин используется в следующих контекстах.

Фаллическая фаза, обозначающая период психосексуального развития с преобладанием фаллической эrogenной зоны для

индивидов обеих статей. Этот период начинается примерно в двухлетнем возрасте, продолжается на протяжении всей эдиповой фазы и заканчивается вместе с ней. Именно в этот период расходятся пути развития мальчиков и девочек.

Фаллический нарциссизм обозначает удовлетворенность собой на основе сверхценного отношения к пенису. Обнаружение различий между полами ведет к появлению у мальчиков *фаллической гордости* — чуть ли не гипоманиакальной самоуверенности и самолюбования, включая увлеченность такими игрушками, как ружья, ножи, гоночные автомобили, и интерес к играм и фантазиям, которые символически олицетворяют фаллос. В таких играх агрессия преобладает над эротизмом, но ее целью является скорее самовозвеличение, чем разрядка. Эти установки и действия служат также защите и сверхкомпенсации страха кастрации. Мальчики боятся и унижают девочек из-за того, что у них нет пениса. Хотя переход в частично совпадающую эдипову фазу сопровождается сдвигом от нарциссической переоценки к более объектно-направленному выражению либидо, фаллический нарциссизм часто сохраняется во взрослой жизни в структуре фаллического характера.

Фаллический, или фаллически-нарциссический, характер представляет собой регрессивную защиту от тревог эдиповой фазы. Индивид бессознательно воспринимает свое тело как фаллос и часто приписывает ему и ожидает от него проявления фаллических свойств. Так, например, мужчина или женщина может бессознательно отождествлять врету с эякуляцией, или хождение взад-вперед может принять значение движений пениса при половом акте. Этот синдром чаще встречается у мужчин, чем у женщин. Он характеризуется констелляцией разных черт, включая высокомерие, надменность, легко уязвимое (вплоть до депрессии) честолюбие, презрение и страх по отношению к женщинам, преобладание нарциссического либидо над объектным, отсутствие в целом компромиссных образований, отношение к пенису скорее как к инструменту агрессии, нежели любви и безрассудства. В основе этих черт лежит сверхкомпенсированная оральная зависимость; эрeктивная потенция затушевывает неспособность достичь оргазма. Страх ка-

страсти, зависть к пенису направлены на других мужчин и очень выражена латентная гомосексуальность.

Термином *фаллическая мать* обозначают типичную для фаллической фазы бессознательную фантазию о том, что мать обладает пенисом. В ранней фаллической фазе эта идея основана на наивной вере в то, что у всех людей есть пенис. Когда обнаруживаются анатомические различия между полами, эта фантазия используется как защита от признания того, что у матери отсутствует пенис, что может наводить на мысль о кастрации. В течение эдиповой фазы фантазия может меняться, в результате чего ребенок считает, что предполагаемый у матери пенис на самом деле является отцовским. Желание девочки обладать пенисом становится выражением соперничества с матерью. В дальнейшем фантазия о фаллической матери переносится на других женщин. Такая *фаллическая женщина* воспринимается как мужеподобная и агрессивная; она является объектом страха, который также служит защитой от желаний, вызывающих страх кастрации.

Термин *фаллоцентрический* означает подход, основанный на преувеличении значения фаллоса и его влияния на сексуальные установки и поведение человека, в частности на мужественность и женственность. Этот термин обычно применяется пренебрежительно по отношению к теоретическим представлениям, подобным утверждению Фрейда, что "для обоих полов значение имеют только одни гениталии, а именно мужские. Поэтому мы имеем дело не с приматом гениталий, а с приматом фаллоса". Это раннее заключение Фрейда противоречит все новым и новым доказательствам наличия у девочек первичной женственности.

См. *женская психология, кастрация, нарциссизм, психосексуальное развитие, характер*.

[175, 304, 464, 552, 718]

ФАНТАЗИИ (FANTASY)

Общепринятым психоаналитическим примером фантазий являются *дневные грезы* — сюжетные отрывки психической дея-

тельности, отражающие явные и откровенные потребности индивида в удовлетворении сексуальных и агрессивных желаний или желаний самовозвеличения — форма исполнения желаний в воображении. В сознательном и самом чистом виде фантазии возникают при измененных состояниях психики, сходных с теми, что наблюдаются при засыпании. Это состояние обычно называют *мечтанием*.

Распространенным типом сознательных фантазий, с которыми знакомы большинство людей по собственному опыту, являются фантазии о сексуальном удовлетворении, сопровождающиеся либо не сопровождающиеся мастурбацией, а также фантазии о заглаживании вины, об устранении промахов, о богатстве, успехе, признании, силе, славе, о насильственных или разрушительных действиях и т.п.

Фрейд (1905) отмечал, что определенные функции, связанные с выживанием, относятся к "тому, что есть", к реальности; другие функции, в частности те, что связаны с получением удовольствия, остаются относительно свободными от потребности приспособления к внешней среде и сохраняются в неизменном виде. Так, например, сосание пальца, являясь самостимулирующей активностью индивида, осуществляется поначалу безо всякого сопровождающего содержания; позже, однако, оно обычно сопровождается мыслями о взаимодействии с другими людьми. Образование фантазий понимается как процесс сочетания приятных ощущений с воспоминаниями о совместных с другими людьми переживаниях. При этом подобные воспоминания необязательно должны быть связаны с внешними событиями. Аналитики школы М. Кляйн считают, что фантазии могут быть врожденными.

В настоящее время бессознательный характер многих психических процессов не вызывает сомнений. Особенно это касается фантазий. Фантазии могут создаваться "на ходу" либо "вызываться" из памяти. Они могут быть полностью сознательными, осознаваться только при определенных условиях или не осознаваться под действием защиты.

Вполне возможно, что осознаваемая нами часть фантазий является, по сути, производной различных бессознательных проявлений или структур, не только генерирующих целый спектр сознательных образов

и представлений, но и оказывающих важное организующее воздействие на нашу психическую деятельность. Так, например, пытаясь объяснить, почему основная часть содержания сновидений забывается при пробуждении, Фрейд (1900) предположил, что работа сновидения включает в себя фантазии, открывающиеся нам при воспоминании содержания сна. Бессознательные фантазии могут быть ответственными за содержательную сторону многих психологических симптомов, а также за формирование стойких паттернов, известных под названием черт характера.

Бессознательные фантазии на описательном уровне сопоставимы с сознательными дневными грезами, а на теоретическом уровне — с понятием инстинктивных влечений. Последние включают в себя цель, объект и силу; *импульсы (побуждения)* представляют собой феномены, имеющие прямую связь с влечениями или их дериватами. Они могут включать в себя простые последовательности действий, такие, как предваряющая сексуальная игра и т.п. Однако дериваты влечений обычно организуются с помощью опыта и памяти в более сложные психические структуры, ответственные за отграничение желаемых действий, целей и объектов от реальных. Действия часто меняются, в одном сценарии могут присутствовать различные цели и использоваться образы воспоминаний о других людях как о неких моделях или типах, а не о реальных персонах. Такие бессознательные *шаблоны* или бессознательные фантазии становятся факторами организации новых переживаний, а также воспроизведения паттернов прежнего удовольствия.

Формирование бессознательных фантазий отчасти определяется уровнем психосексуального развития, и фантазии группируются вокруг отдельных базальных потребностей. Перцептивный опыт ребенка организуется сообразно его когнитивным способностям. Если в период анально-садитической фазы развития ребенок становится свидетелем коитуса родителей, он, например, может “понять” этот акт по-своему (соответственно организовав свою память), а именно как садистское нападение отца на мать. Возникшая структура, образование которой принято называть “фантазией о первичной сцене”, может оставать-

ся или не оставаться бессознательной, даже тогда, когда она переживается. Но в любом случае против нее возникает защита. Структура фантазии модифицируется в результате защитных действий, вследствие чего бессознательная фантазия становится компромиссным образованием. Кроме того, когда фантазия активизируется внешними или внутренними стимулами, она не осознается в своей первоначальной форме. В сознании могут проявиться лишь дериваты фантазии, подвергшейся защитной модификации, то есть происходит дальнейшее изменение фантазии в виде компромиссного образования. Как бессознательные фантазии, так и их сознательные дериваты, в конечном итоге являются продуктом взаимодействия побуждений, когнитивных способностей, защитных операций и функций Сверх-Я.

Упорядоченную таксономию бессознательных фантазий и их дериватов еще предстоит разработать. Однако некоторые типы фантазий являются, пожалуй, универсальными, и их можно встретить в самых разных культурах. Они касаются рождения, беременности, первичной сцены, избиения, инцеста, кастрации, бисексуальности (когда человек играет обе роли при половом акте), семейного романа и др. Многие из этих фантазий приведены Фрейдом в эссе “О сексуальных теориях у детей”. Содержание фантазии может быть связано с развитием или регрессией к той или иной стадии психосексуальной организации. Некоторые формы фантазий причастны к возникновению психопатологической симптоматики. Так, например, бисексуальные фантазии нередко наблюдаются у истерических личностей; фантазии о слиянии с другими людьми часто встречаются при тяжелых формах психической патологии.

Помимо образования сновидений, психологических симптомов и черт характера фантазии служат многим другим функциям. В силу транскультурного сходства физиологических переживаний и переживаний раннего детства многие элементы фантазий в разных культурах идентичны. Такая общность создает основу эмпатии, творчества и получения удовольствия от художественных произведений (Arlow, 1960; Sachs, 1942). Фантазия используется также и в защитных целях (A. Freud, 1936). Фантазия отчасти

определяет “настрой души”, с которым мы воспринимаем внешние стимулы и организуем их в жизненные события. Таким образом, “все, что воспринимается и переживается в сознании, является результатом взаимодействия данных непосредственного опыта и бессознательной фантазии” (Arlow, 1969a, с. 23).

См. бисексуальность, инстинктивное влечение, первичная сцена, психосексуальное развитие, семейный роман, теория Кляйн, топографический подход, фантазия об избиении, характер.

[35, 36, 113, 225, 249, 256, 258, 297, 744]

ФАНТАЗИЯ (PHANTASY)

См. теория Кляйн: фантазия.

ФАНТАЗИЯ ОБ ИЗБИЕНИИ (BEATING FANTASY)

Фантазия о том, как индивид избивает другого или избивают его самого, обычно сопровождающаяся сексуальным возбуждением и разнообразными садомазохистскими фантазиями. Подобные феномены могут характеризовать возбуждение при мастурбации, наблюдаться при других подобных сексуальных действиях либо выражаться в явной форме в отношениях с партнером. Фантазирующий человек может отождествлять себя либо с одной из ролей, либо с обоими. Обычно роль бьющего связана с бессознательным желанием быть активным, с фаллической агрессивностью и мужественностью. Роль избиваемого подразумевает пассивность и бессознательные представления о женственности.

В одной из наиболее важных работ, посвященных перверсиям, — в очерке “Ребенка бьют” — Фрейд (1919) описал два классических паттерна подобного структурирования. У девочек фантазии представлены фантазиями о триумфе над соперничающими с ней братьями и сестрами, которых избивает отец. Тем не менее основополагающая бессознательная фантазия у обоих полов понималась как проистекающая из чувства вины в связи с инцестуозными желаниями по отношению к отцу, ко-

торые в конечном счете выливаются в сознательные фантазии об избиении мальчика. У девочек эдипов образ выражается в виде плохо замаскированного “заменителя” отца, бьющего мальчика. И наоборот, в основе такой конstellации у мальчиков лежит отрицательный эдипов комплекс. В результате ряда трансформаций мать или образ матери заменяется отцом. Следовательно, у девочек мазохистские проявления первично связаны с чувством эдиповой вины, у мальчиков — с регрессивными женскими стремлениями.

См. женственность/мужественность, садомазохизм, фантазии, эдипов комплекс.
[307, 308]

ФЕНОМЕН ИСАКОВЕРА (ISAKOWER PHENOMEN)

Группа перцептивных переживаний, впервые описанных Отто Исаковером (1936), в состояниях регрессии Я при засыпании (гипнагогические состояния), реже — при пробуждении, при высокой температуре, при эпилептической ауре, а также в лежачем положении на кушетке во время анализа. Не так давно феномен Исаковера был отмечен у лиц, злоупотребляющих лекарственными препаратами. Испытываемые ощущения резко отличаются от обыденных и затрагивают в основном область рта, кожи, рук, нередко многие участки сразу без четкой локализации.

Субъект может испытывать головокружение, чувствуя себя будто “на плаву” или “во взвешенном состоянии”. Части тела сливаются в одно целое — рот и кожа, тело и внешний мир, внутреннее и внешнее. Предметы могут казаться “оболочками”, тенями, нечеткими и расплывчатыми, либо пустыми, как надутые шары. Что-то круглое становится все ближе, вырастает до гигантских размеров, угрожая раздавить, но в критический момент становится все меньше и меньше и исчезает совсем. Субъект может ощущать себя обволакиваемым “объектом”, либо чувствует себя закрытым со всех сторон. Иногда он испытывает ощущение чего-то мягкого во рту, зная одновременно, что это “что-то” находится вовне. Пациенту слышится жужжание, шуршание, гудение либо невнятное бормотание. Руки могут казаться сморщен-

ными либо, наоборот, распухшими, кожа — рваной или сухой. Эти ощущения могут переживаться с оттенком удовольствия, не-удовольствия или (как правило) безразличия, однако всегда присутствует чувство отчужденности и нереальности переживаемого.

Подобные ощущения возникают в детском и подростковом возрасте, у взрослых индивидов они наблюдаются значительно реже. По своим проявлениям феномен Исаковера сходен с состояниями ауры или феноменами *dīja vu*. Различие состоит в том, что последние не могут репродуцироваться произвольно, в частности, во время аналитического процесса.

Феномен Исаковера рассматривается как следовые воспоминания о себе или внешнем мире, исходящие из ранних этапов организации Я, когда внутренние связи еще не окрепли и нет четкого разграничения между телом и внешним миром. Он объясняется гиперкатексисом оральной зоны и других частей тела, связанных с кормлением грудью. Как и при других регрессивных состояниях Я, эти явления служат защите, нацеленной на устранение тревоги, связанной с раскрытием болезненных эдиповых фантазий. В аналитической ситуации они могут свидетельствовать о регрессии, вызванной специфическими переживаниями первичной сцены. Регрессивное оральное удовлетворение служит как отвержению, так и удовлетворению эдиповых желаний, хотя и на более примитивном уровне.

См. деперсонализация, регрессия, dīja vu.
[172, 209, 442, 553, 584, 653, 721]

ФЕТИШ (FETISH)

Фетишизм (Fetishism)

Естественный или искусственный материальный объект, наделяемый сверхъестественной духовной силой и магическими возможностями, помогающими его обладателю в достижении целей и предохраняющий владельца от повреждений и заболеваний. Идолы и талисманы являлись важнейшими фетишами в примитивных религиях. В психоанализе используется наиболее узкое понятие, обозначающее неодуше-

ленные предметы или части тела, необходимые *фетишисту* для достижения сексуального возбуждения и оргазма. Многим фетишистам, чтобы вступить в сексуальные отношения, требуется видеть, осязать или обонять фетиш либо, в крайнем случае, представлять его в фантазии. Некоторые из них требуют от партнера обнажения или, наоборот, сокрытия отдельных частей тела и объектов, либо облачения в специфическую одежду и т.п. Часть фетишистов довольствуется фантазиями, в которых фетиш выступает необходимым компонентом для сексуального возбуждения и достижения оргазма при мастурбации.

Подавляющее большинство фетишистов — мужчины. Наиболее распространенными фетишами являются ноги, волосы, женское белье, а также обувь. Среди гомосексуалистов популярны фетиши, изготовленные из кожи. Фетишистская активность и фантазии могут сочетаться с такими перверсиями, как садомазохизм и трансвестизм.

Динамика и бессознательные аспекты фетишизма освещены Фрейдом в двух монографиях, опубликованных в 1905-м и 1927 годах. Он показал, что фетиш представляет собой конкретную форму бессознательных фантазий, выступающих в виде защиты от осознания отсутствия у женщины пениса; фетиш представляет собой женский, обычно материнский, фаллос. Расщепление в Я между реалистическим сознательным восприятием и бессознательным, а также противоречивые фантазии подкрепляют отрицание “кастрации” женщины и смягчают страх кастрации, позволяя индивиду совершать половой акт и достигать сексуального удовлетворения.

Воспоминания о фетишистском возбуждении могут вернуться в эдипов период. Как правило, они представляют собой покрывающие воспоминания, маскирующие ранние травмы и интенсивный доэдипов страх кастрации (Greenacre, 1970). Новейшие исследования показывают, что фетиш может быть бессознательным символом не только воображаемого женского фаллоса, но и груди, ягодиц и даже фекалий и мочи. Отношение переходного объекта к фетишизму можно рассматривать в аспекте развития, в терминах “различающихся стадий сходного процесса”. У ребенка фетиш появляется в течение первых двух лет жизни и свидетельству-

ФИКСАЦИЯ (FIXATION)

ет о неадекватных объектных отношениях, дефекте влечений и развития Я. Он может быть предшественником фетиша взрослого человека (Roi phe & Galenson, 1981).

См. защита, кастрация, перверсия, расщепление, теория Винникотта: переходный объект.

[165, 256, 314, 377, 730, 731]

ФИКСАЦИЯ (FIXATION)

Сохранение архаических способов достижения удовлетворения, отношения к объекту и защитного реагирования на угрозу. Так сказать, остатки прошлых действий, имевших место на ранних стадиях развития, "фиксируются" в психике и готовы сыграть важную роль в более поздней ситуации. Фрейд впервые применил это понятие к перверсиям, которые включают в себя анахронические сексуальные черты, связанные с определенными аспектами детской сексуальности. В дальнейшем он использовал это понятие для описания травмы и различных невротических состояний. Например, невроз навязчивых состояний понимался им как основанный на фиксации на анальной стадии.

Фиксация рассматривалась Фрейдом также в связи с воспоминаниями и симптомами, инстинктивными влечениями и специфическими функциями Я и Сверх-Я. Им перечислен целый ряд факторов, мешающих развитию и имеющих отношение к фиксации: конституциональное предрасположение, обстоятельства, в которых была достигнута необычайная степень удовольствия или фрустрации, случайные события, сопутствовавшие травме, и гипотетическая "вязкость" либидо. Таким образом, предположение о фиксации способствовало развитию понятия навязчивого повторения.

Регрессия к точкам фиксации легко происходит при определенных видах стресса. Например, ребенок, достигший эдиповой стадии, может под влиянием тревоги вернуться к более ранней оральной или анальной стадии и вести себя соответствующим этим стадиям образом.

Более серьезным нарушением, вызванным фиксацией, является *задержка развития*. Ребенок не может перейти, частично или полностью, на новый уровень развития. Если

либидинозное развитие оказалось в значительной мере фиксированным, он не вступит в эдипову стадию в соответствующем возрасте и останется фиксированным на оральной или анальной стадии. Если произошла задержка развития Я, ребенок может не достичь соответствующей возрасту проверки реальности. Индивид не сможет в достаточной мере разграничивать себя и объекты, используя преимущественно проективные и идентификационные механизмы защиты. Неадекватное моральное развитие может стать следствием задержки развития Сверх-Я. Задержка может коснуться всех линий развития, где взаимодействуют Я, Оно и Сверх-Я.

Индивид может либо остановиться в определенной точке на линии нормального развития или задержаться на патологически нарушенной стадии. Например, у ребенка, страдающего аутизмом, могут сохраняться нарушения из раннего периода развития.

См. психосексуальное развитие, развитие, травма.

[203, 289, 748]

ФОБИЯ (PHOBIA)

Психологический симптом, характеризующийся избеганием специфических ситуаций или объектов, которые, не будучи объективно опасными, вызывают сильную тревогу. В буквальном переводе с греческого *фобия* обозначает болезненный страх или опасение. В сложных словосочетаниях приставка перед словом "фобия" указывает на связанные с опасениями или чувством страха состояния или ситуации. Наиболее распространенными среди них являются зоофобия (страх животных), акрофобия (страх высоты), клаустрофобия (страх закрытых пространств и площадей), агорофобия (страх улиц или открытых пространств). В последнее время наблюдается тенденция к простому описанию фобии без привлечения производных из греческого языка.

В понимании Фрейда (1909) *фобический невроз* является фазой в развитии истерии страха, при которой неспецифическая тревога, проявляющаяся чаще всего в форме приступов, связывается со специфическими

внешними объектами или ситуациями, избегание которых становится центральным симптомом заболевания. Эти *фобические объекты и ситуации* отображают бессознательно или символически лежащий в основе психический конфликт и соответствующие детские страхи. Хотя понятия *фобии* и *истерии страха* используются как взаимозаменяемые, в настоящее время наиболее удачным принято считать термин *фобический невроз*.

Фобия, как и любой другой психоневротический симптом, представляет собой компромиссное образование между неприемлемыми и угрожающими индивиду сексуальными и агрессивными влечениями, с одной стороны, и защитными силами личности — с другой, в результате чего возникает сигнальная тревога. Наряду с неизменным базальным вытеснением форму невроза определяют специфические защитные механизмы, такие, как смещение (с одного объекта на другой, например, с отца, вызывающего страх, на какое-либо животное), проекция или экстернализация (например, с внушающего страх сексуального возбуждения на езду на автомобиле). Таким образом, фобия служит трансформации и маскировке бессознательной психологической угрозы. Преимущества ее очевидны: например, не допускается сознательное восприятие агрессии по отношению к родителям и сохраняются близкие отношения, в то время как избегается животное или ситуация, с которой связывается теперь страх.

Потенциально причиной возникновения фобии могут быть любые дериваты агрессивного и сексуального влечений, бессознательно переживаемые как опасные. Симптом поэтому следует рассматривать в связи с широким спектром психопатологических состояний — от наиболее мягких до самых тяжелых. Некоторые фобические реакции (например, страх темноты, животных, молнии и др.) являются настолько распространенными в возрасте от двух до пяти лет, что их следует рассматривать как нормальные. Фобии, относящиеся к болезни, чаще всего связаны с ипохондрией (чрезмерной озабоченностью телесными симптомами и заболеванием) при нарциссических неврозах, а также пограничными состояниями, депрессией и шизофренией.

Этиологическим фактором фобического невроза является, как правило, бессозна-

тельный эдипов конфликт. Поэтому тревожный эффект в рамках фобического состояния связан с опасениями по поводу возможной кастрации, часто, однако, выражающимися в доэдиповых терминах. Когда стабильное фобическое избегание хорошо рационализировано и образует основное, привычное средство противостояния тревоге, то тогда принято говорить о фобическом характере. Если же тревога становится слишком интенсивной, чтобы поглощаться существующей фобической симптоматикой, область иррационального страха и избегания может расшириться и вести к *фобическому состоянию*, способному на долгое время существенно ограничить активность пациента.

Термином *контрфобия* принято обозначать бессознательные усилия индивида отрицать или преодолеть фобическую тенденцию через стремление к контакту с вызывающими страх объектами или ситуациями. Например, человек начинает заниматься альпинизмом, чтобы преодолеть страх высоты. Реалистично регулируемые контрфобии могут, таким образом, иметь адаптивное значение.

См. *защита, компромиссное образование, симптом, тревога, тревожное расстройство, экстернализация*.

[119, 203, 260, 312]

ФОРМАЛЬНЫЕ АСПЕКТЫ (FORMAL ASPECTS)

См. *сновиденье, сновидения*.

ФРИГИДНОСТЬ (FRIGIDITY)

Недостаточность или отсутствие адекватных реакций женщины в процессе полового акта. Этот термин приобрел уничижительное значение, поэтому чаще говорят об *аноргазмии* или *оргазмической дисфункции*. Выраженность этого нарушения может быть весьма различной — от полного отсутствия эротических чувств до полного участия в половом акте и получения от него удовольствия за исключением достижения оргазма во время коитуса. Иногда отмечается неадекватное увлажнение влагалища;

иногда произвольные сокращения, типичные для оргазма, не сопровождаются возбуждением и удовольствием. Для объяснения неспособности некоторых женщин достигать "вагинального" оргазма привлекаются такие факторы, как анатомические и гормональные дефекты, аберрации влечения и развития Я. Несмотря на то, что многие здоровые и счастливые женщины нередко страдают аноргазмией, а выраженный вагинальный оргазм наблюдается у женщин с явными невротическими и даже психотическими расстройствами, основным критерием сексуальной и психологической нормы остается все же способность получать наслаждение от вагинального оргазма. В настоящее время фригидность, наряду с другими поведенческими расстройствами, рассматривается в качестве множественно детерминированного феномена. На его формирование могут влиять также специфические конфликты. Особенности развития вносят свой вклад в репрезентацию различных частей гениталий и степени их катексиса, определяя тем самым, с чем будут связываться ощущения — с клитором или вагиной. Бессознательные фантазии могут мешать сознательному сексуальному удовольствию и вести к торможению. В этих фантазиях половой акт может приравниваться к исполнению эдиповых желаний, пенис ассоциироваться с кастрацией, а половой акт восприниматься как нападение огромного (родительского) фаллоса, способного нанести рану или изувечить. В агрессивных фантазиях влагалище может предстать в роли кастрирующего (или поглощающего) органа, пытающегося отобрать пенис. Другими важными детерминантами оргазмической реакции женщины являются качества сексуального партнера, адекватность стимуляции, а также социальные и культурные условия, в которых совершается половой акт.

См. женская психология, зависть к пенису, мужественность/женственность.
[367, 368, 620, 621, 624]

ФУНДАМЕНТАЛЬНОЕ ПРАВИЛО (FUNDAMENTAL RULE)

См. свободные ассоциации.

ФУНКЦИИ Я (EGO FUNCTION)

Для осуществления различных задач Я использует некоторую совокупность функций. Хотя они в определенной степени перекрещиваются, тем не менее, принято выделять основные из них: перцептивную, относящуюся к объектам и реальности, защитную, регулятивную, синтезирующую и интегрирующую, автономную и исполнительную. В данном разделе обсуждаются лишь те аспекты функционирования Я, которые имеют непосредственное отношение к психоанализу и психиатрии.

Отношение к реальности. Этот термин обозначает не только адаптацию к реальности, осуществляемую с помощью Я и вовлекающую в деятельность всю личность, но также оценку и чувство реальности. Под адаптацией к реальности следует понимать приспособление к требованиям внешней среды, то есть мира вещей, объектов или ситуаций. Некоторые индивиды испытывают проблемы при изменениях в работе, экономических затруднениях и в ситуациях несущественных планов и надежд. Некоторые родители не могут смириться с уходом из семьи или браком повзрослевших детей; некоторые дети не способны перенести преданность своей семье на супруга или близких. Проверка (оценка) реальности представляет собой способность к правильной оценке внешнего мира и его общепринятых значений. Наглядным примером нарушения этой функции является паранойяльный бред — убежденность в злонамеренности и угрозе, исходящих от нейтральных и не несущих опасности людей. Если же индивид чувствует враждебное отношение, но разумом понимает, что на самом деле это не так, оценка реальности остается сохранной, несмотря на тяжелое эмоциональное нарушение.

В целом сохранность функции оценки реальности позволяет дифференцировать относительно нормальных и невротических индивидов от психотических, хотя во многих случаях такое разграничение является затруднительным. Чувство реальности существенно нарушается при многих патологических состояниях, например при шизофрении. В таких случаях весь мир может казаться измененным: небо выглядит мрачным

и предвещающим беду, очертания зданий зловещи, люди нереальны, собственное тело чужое, а его части обособлены и т.п. Чувство реальности может временно нарушаться при менее выраженной патологии, когда, например, сильные аффекты искажают точность восприятия. Чувство реальности может, однако, оставаться сохраннным даже при нарушении проверки реальности — некоторые несомненные параноики занимаются своими повседневными делами без каких-либо признаков утраты чувства реальности, но сохраняют не поддающиеся коррекции бредовые представления.

Регуляция и контроль над влечениями.

Проявляется в способности противостоять тревоге, фрустрации, депрессии, разочарованию, отсрочке ожидаемого удовлетворения и т.д. Индивид может сдерживать и адекватно распределять многочисленные требования к выражению исходящих изнутри побуждений, потребностей и желаний. Контроль над влечениями предполагает умение ждать, откладывать удовлетворение потребностей и не попадать впросак в неожиданных ситуациях. Он также предполагает способность доводить намерения до их осуществления, находить соответствующие способы ослабления и удовлетворения желаний и включаться в конструктивные и социально приемлемые формы деятельности (сублимация).

Объектные отношения. Существуют два аспекта этой функции Я. Первым является способность формировать эмоциональные, дружеские отношения с другими людьми даже при наличии враждебных чувств. Эта способность тесно связана с формированием позитивных психических образов этих объектов. Вторым аспектом является способность сохранять стабильными позитивные объектные отношения и соответствующие им психические репрезентации в течение долгого времени, несмотря на отдельные эпизоды враждебного взаимодействия. Нарушения объектных отношений принимают форму эмоциональной холодности и отстраненности, неспособности любить и поддерживать чувство любви у других, замыкания на себе и собственных проблемах, беспомощной зависимости от других или необходимости доминировать над ними и бессердечности, а также перверсий. По-детски зависимый индивид пытается заставить свою суп-

ругу вести себя, как его родители. Садомазохистские отношения (подобные тем, что изображены в пьесе “Кто боится Вирджинии Вульф?”) с постоянными и бесконечными склоками, пререканиями и побоями, могут приносить обоим партнерам болезненное удовлетворение. Перверсии характеризуются аномальными объектными отношениями различных степеней и видов или отсутствием объектных отношений. Отношения к объектам психотика являются искаженными, примитивными и нередко характеризуются необычной, чрезмерной чувствительностью индивида, из-за чего психотические индивиды стремятся избежать отношений с людьми.

Процессы мышления. Способность воспринимать происходящее, координировать, классифицировать и придавать определенное значение воспринятому; мыслить и делать умозаключения, сопоставлять, находить сходства и различия; вспоминать, концентрироваться, обучаться, рассуждать, планировать будущее, то есть все то, что мы обычно называем мышлением. Эта функция Я, отличающая человека от других животных, подвержена разнообразным нарушениям. Так, например, Ньютон и Паскаль, будучи с точки зрения естественных наук гениальными мыслителями, в своих верованиях, мотивах и поведении обнаруживали признаки серьезной патологии. Маленькие дети и люди примитивных культур склонны приписывать человеческие мотивы неодушевленному предметам; следовательно, они живут в мире страха и сверхъестественных сил, справиться с которыми, по их мнению, можно только с помощью магических средств. Взрослые люди считают, что болезнь была вызвана демонами или колдунами; пока они не становятся способными диссоциироваться от такого мышления, в котором доминируют страхи и желания, добиться прогресса в преодолении заболевания невозможно. Нарушения мышления, связанные с занятием мастурбацией в подростковом возрасте, разрушают академическую карьеру многих одаренных детей.

Защитные функции. Открытие Фрейдом первой защитной функции — вытеснения — ознаменовало собой начало психоаналитической теории. Представления Фрейда о защитных функциях Я постепенно менялись. Вначале он рассматривал Я как сознательную часть личности, а защиту — попытку

отразить неприемлемые сексуальные импульсы и желания — как более или менее сознательный процесс. В настоящее время считается, что подобно инстинктивным влечениям защиты действуют на бессознательном уровне.

Защиты — это механизмы, используемые Я (равно как и другими системами психики) для того, чтобы избежать осознания сексуальных и агрессивных побуждений, способных вызывать тревогу у индивида. (Например, молодая пара, целующаяся на виду у всех, приведет кого-то в ярость, другого — к осознанию сексуального возбуждения, у третьего вызовет чувство зависти из-за того свободного выражения сексуальности, четвертому будут угрожать провоцирующие тревогу импульсы.) Я, воспринимая возникающие импульсы, испытывает лишь незначительную тревогу, вызванную антиципацией, и пытается защитить себя с помощью имеющихся защит. Наиболее важными защитными механизмами являются интеллектуализация, рационализация, идентификация (в качестве защиты чаще всего используется идентификация с агрессором), интроекция, проекция, отрицание, вытеснение, реактивное образование, изоляция, аннулирование, смещение и регрессия.

Автономные функции. Хотя большинство функций Я легко нарушаются инстинктивными побуждениями, автономные функции были концептуализированы (впервые Гартманом) как относительно резистентные к подобным влияниям. Этими функциями являются восприятие, подвижность (ходьба, использование рук и т.п.), интенция (планирование, антиципация, определение целей), интеллект, мышление и речь. Считается, что эти первичные автономные функции — в отличие от таких функций, как объектные отношения, защиты и т.д., — развиваются относительно независимо от влияния мощных сил сексуальности и агрессии. Вторичными автономными функциями являются формы поведения, возникающие вначале в качестве защиты от инстинктивных влечений, но в процессе развития становящиеся относительно свободными от таких влияний. (Индивид, протестующий против авторитарного родителя, но бессознательно стремящийся ему подчиняться, трансформирует свой протест в конструктивную социальную критику. В своей эффективной форме, ко-

торую принимает протест, он освобождается от пассивности и формы реактивного образования, в которой он зародился.)

Синтетическая, интегративная, или организующая, функция. Способность Я объединять, организовывать и связывать воедино разные влечения, тенденции и функции личности позволяет индивиду чувствовать, думать и действовать организованным и целенаправленным образом. Эта функция проявляется в разнообразных индивидуальных переживаниях, удовлетворяющих влечения, интересы Я, социальные требования и т.д. гармоничным способом. Она может также соединять различные силы способом, не совсем адаптивным для жизни, но наиболее приемлемым с точки зрения индивида или ситуации. Симптомообразование, представляющее собой соединение двух противоположных тенденций, хотя и является неприятным, оказывается более благоприятным для человека, чем когда он поддается опасным импульсам или пытается полностью их задуть. (Историческая конверсия объединяет запретные желания и наказание за них в физическом симптоме. В процессе исследования оказывается, что это является единственным компромиссом, возможным в данных условиях.)

См. автономия, защита, инстинктивные влечения, компромиссное образование, конфликт, объект, психоз, структурная теория, сублимация.

[39, 45, 134, 225, 303, 312, 414, 418, 423, 521, 522, 505, 640, 751]

ХАРАКТЕР (CHARACTER)

Устойчивое, структурированное функционирование индивида. В восприятии наблюдателя характер представляет собой привычный способ мышления индивида, его чувствования и поведения. В психодинамическом понимании характер определяется как привычный способ разрешения интрапсихических конфликтов. *Характер* является самостоятельным и независимым понятием, тем не менее можно провести различия с другими терминами, обозначающими наиболее общие аспекты личности, такими, как *идентичность*, *Самость* и *Я*.

Характер человека складывается из определенных целостных образований — *черт*

характера, каждая из которых состоит из комплекса связанных между собой дериватов влечений, защит и компонентов Сверх-Я. Черты характера, как и невротические симптомы, являются компромиссными образованиями. Однако черты характера более устойчивы, нежели симптомы, они способны лучше связывать тревогу и переживаются субъектом как часть Самости (как синтонные Я). Черты характера можно также рассматривать в качестве паттернов поведения, развивающихся во времени и отражающих попытки разрешения интрапсихических конфликтов. Понятие характера тесно связано с понятием индивидуального защитного стиля.

Организация характера является более абстрактным термином, чем *черта характера*. Организация характера представляет собой целостное единство, не доступный наблюдению синтез черт, о котором можно судить по поведению и установкам индивида. Однако организация характера — понятие более конкретное и менее метафоричное, чем Я, оно не используется при построении метапсихологической трехкомпонентной модели психики. Чаще этот термин применяется в клинических описаниях, однако он имеет малую объяснительную ценность.

Формирование характера — это процесс развития, отличающийся от развития Я, при котором устойчивые паттерны мышления, чувствования и действия консолидируются в виде компромиссных образований, отражающих способы разрешения интрапсихической борьбы между импульсами влечений, с одной стороны, и различными силами сдерживания, изменения и удовлетворения этих влечений — с другой. То, как Я допускает, отторгает или преобразует требования влечений, во многом зависит от окружения развивающегося ребенка. Внешнее окружение (в первую очередь родители) оказывает специфическую фрустрацию, блокирует одни способы реагирования на эту фрустрацию и поощряет другие, подсказывая, как можно справляться с конфликтами между инстинктивными потребностями и страхом дальнейших фрустраций. Более того, посредством идентификаций, ценностей и идеалов, возникающих при разрешении эдипова конфликта (процесс формирования Я-идеала и Сверх-Я), окружение даже созда-

ет определенные желания у индивида, устанавливая конкретные цели. Так осуществляется опосредованное воздействие окружения на выбор индивидом путей приспособления внутренних потребностей к внешней реальности. Моделью для развития Я, Я-идеала и Сверх-Я, формирующихся на основе процессов интроекции и идентификации, являются родители ребенка. То, как повлияют родители на формирование характера ребенка, зависит от стадии развития, в которой возникают определяющие ситуации, включающие в себя травму и конфликт. Это зависит также от того, принимает ли ребенок поддерживающее или запрещающее поведение родителей, старается ли подражать им или стремится быть на них непохожим. С другой стороны, решение конфликта путем приспособления к реальности, с помощью цельного и гибкого поведения определяется набором врожденных возможностей и способностей, включающих соотношение сексуальных и агрессивных влечений, а также другие генетические и динамические факторы. И наоборот, под влиянием фиксации и регрессии может возникнуть невротическое компромиссное образование, проявляющееся в виде психопатологической симптоматики или лишенных гибкости патологических черт характера.

Хотя далеко не все, что принято относить к понятию характера, является результатом конфликта, аналитикам в своей работе чаще всего приходится иметь дело с чертами, возникающими в результате интрапсихического конфликта. Относительно того, когда начинает формироваться характер, существуют определенные разногласия. Различия имеются уже у новорожденных, однако предсказать, какие черты закрепятся в качестве компонента стабильной психической структуры индивида, затруднительно. Это является предметом современных исследований. Можно утверждать, что формирование характера начинается уже в утробе матери. Однако устойчивая организация характера появляется лишь после разрешения эдипова конфликта и образования дискретного, организованного Сверх-Я. Этот процесс в целом завершается во время индивидуации в подростковом возрасте. Однако события последующей жизни, как позитивные, так и негативные, могут оказывать существенное влияние на характер индивида.

Расстройства характера представляют собой разнородную группу патологических нарушений, проявляющихся в виде устойчивого и лишнего гибкости поведения, не сопровождающегося чувством дискомфорта. Если лица с невротическими расстройствами жалуются на свои симптомы, то при расстройствах характера жалобы предъявляются, как правило, со стороны родственников, друзей и коллег пациента. Неврозы представляют собой набор определенных симптомов, расстройства характера затрагивают всю личность и особенно те функции Я, которые обуславливают толерантность к фрустрации, регуляцию влечений, аффективные реакции и объектные отношения. Близкий к этому термин *невроз характера*, широко употреблявшийся в прошлом, обозначает группу "бессимптомных неврозов". Очевидно сходство между понятиями расстройства характера и психоневроза: во многих случаях одно и то же название применяется для обозначения как типа характера, так и соответствующей ему невротической симптоматики, например, обсессивный характер, фобический характер и т.п.

Лица с расстройствами характера разрешают внутренние конфликты путем формирования устойчивых реактивных образований, которые либо позволяют в ограниченных условиях достигать частичного удовлетворения инстинктивных желаний, либо требуют от индивида полного отказа от этих желаний, что выражается в торможении их активности в работе или игре. Такая ригидность характера требует сохранения устойчивых механизмов защиты от инстинктивных импульсов и связанных с ними аффектов — тревоги, раздражительности, депрессии, чувства вины и униженности. Сюда относятся также потребность в любви, безопасности, повышении самооценки и удовлетворении пассивных желаний. Типичные реакции проявляются лишь при определенных обстоятельствах, с другой стороны, характерологические расстройства могут выражаться независимо от ситуации в виде неспецифических и лишнего избирательной направленности проявлений.

Рационализация мотивов и идеализация поведения могут затушевывать имеющуюся патологию установок, черт характера и паттернов реагирования. При этом общий

результат деятельности таких лиц может быть вполне адаптивным и приносит реальную выгоду. Поэтому они склонны рассматривать собственное поведение как оправданное, разумное, адекватное и сознательное. Поскольку расстройства характера, как правило, являются синтонными Я (в отличие от невротических симптомов), индивиды с такими расстройствами почти не испытывают необходимости в изменении своего поведения. Патологический характер способен в достаточной мере удовлетворить инстинктивные потребности, не вызывая при этом ни тревоги, ни чувства вины, а поведение человека доставляет проблемы не столько ему самому, сколько его окружению. Однако люди с расстройствами характера выдают себя постоянной усталостью и неудовлетворенностью жизнью, своей специфической или общей скованностью, ограниченной и ригидной адаптацией или неожиданным прорывом отраженных импульсов в непосредственной или искаженной форме. Если индивид постоянно ощущает на себе последствия своих действий, будь то на личностном или социальном уровне, он может обратиться за медицинской помощью.

Анализ аномалий характера необходим по многим причинам. Однако он вызывает тревогу и выраженное сопротивление анализируемому еще до того, как ему удастся распознать природу инстинктивных импульсов и реконструировать детские ситуации, породившие интрапсихические конфликты. Усиление тревоги вызывает невротическую симптоматику, препятствующую успешному разрешению конфликта.

Лечение расстройств характера — задача долгая и сложная. Эффективная интерпретация возможна лишь при условии анализа сопротивления характера в виде сопротивления переносу. Для этого требуется активная позиция аналитика, поскольку сам пациент не склонен рассматривать черты своего характера как патологические. Иногда такой аналитический процесс называют *характероанализом*, хотя сейчас этот термин употребляется нечасто, ибо большинство аналитических техник так или иначе направлены на анализ стабильных паттернов, которые и составляют характер.

Проблема классификации черт и расстройств характера на *типы характера* удовлетворительным образом до сих пор не

решена. Основным препятствием здесь является терминологическая путаница, обусловленная различиями в уровнях обобщения эмпирических наблюдений. В качестве упорядочивающего принципа могут служить проявления либидинозной фазы (например, анальный характер), защитные механизмы (например, компульсивный характер) или поведенческие проявления (например, пассивно-агрессивный характер). Типы характера представляют собой произвольные описательные единицы, не имеющие достаточной объяснительной ценности, но тем не менее используемые для концептуализации психопатологических паттернов. Нарушения характера не имеют строго определенного места в спектре проявлений между нормой и патологией. Так, например, некоторые черты нарциссического характера, указывающие на выраженную патологию, не обязательно будут препятствовать адаптации в определенных выбранных индивидом внешних условиях, тогда как стеснительность или чувство неполноценности, в основе которых лежат конфликты более высокого уровня, могут сделать человека недееспособным. Ненормальность становится расплывчатым понятием, когда оно применяется к чертам характера, поскольку оно требует учета социокультурных условий, в которых осуществляется данное поведение. Здесь необходимо учитывать как внутренние факторы (например, гибкость черты характера), так и внешние. Адаптация не тождественна конформизму. В иных случаях протест является признаком силы и автономии.

Конкретные типы характера будут обсуждаться отдельно, но некоторые из них рассмотрим здесь в виде примеров. У одного и того же человека могут сосуществовать внешне противоположные черты. Это обусловлено структурой компромиссного образования, в котором может быть выражена та или иная его часть. Так, например, человек с *оральным характером* может проявлять оптимизм и уверенность в себе либо депрессию и враждебную зависимость — в соответствии с тем, удовлетворены или фрустрированы оральные потребности, лежащие в основе его поведения. Такие лица своим пассивным поведением могут побуждать других заботиться о них или проявлять каннибальскую агрессивную ненасытность. Они могут быть великодушны-

ми и благородными, отождествляя себя с кормящей матерью, но могут быть жадными и малодушными, идентифицируясь с фрустрирующей матерью.

Если черты характера, формирующиеся на основе конфликтов оральной фазы, удается определить с помощью функций, направленных на удовлетворение соответствующих потребностей, то проявления характера анальной фазы более или менее легко определяются их защитными паттернами. Поэтому *компульсивный характер*, представляющий собой форму *анального характера*, описывается в терминах совокупности характеристик, проистекающих из защитных реактивных образований. Как правило, они включают в себя прямолинейность, бережливость и перфекционистские стремления. Лица с *уретральным характером* описываются как честолюбивые, постоянно соперничающие, но склонные к стыдливости. Лица с *фаллически-нарциссическим характером* склонны к бесрасчудству (контрфобическому), самоуверенности и демонстративности. *Генитальный характер* — психоаналитический термин, обозначающий идеальный уровень психосексуального развития, — это человек, достигший полного примата генитальности в психосексуальном развитии, преодолевший эдипов комплекс и способный к постамбивальной объектной любви.

Черты характера, основанные на реактивных образованиях или фобическом избегании, препятствуют удовлетворению влечений. Черты характера, в которых преобладающим способом защиты является сублимация, допускают целесообразное и адаптивное удовлетворение и рассматриваются как более или менее нормальные. Таким образом, в соответствии с одним из подходов, цель характероанализа состоит в замещении реактивных черт характера сублимированными.

Помимо типов характера, описанных на основе либидинозных фаз и защит, применяются и другие типологические термины, которыми обозначаются патологические констелляции, включая те, что проистекают из парциальных влечений. К этой группе относятся “как будто личность”, паранойяльный, депрессивный, пограничный, истерический, нарциссический, невротический, фобический, психотический, садистский, шизоидный, шизо-

типический и социопатический характеры. Наконец, существуют типы характера, которые не подпадают ни под одну классификацию, но хорошо известны благодаря таким дескриптивным терминам, как “исключения”, “сокрушенные успехом” и “невроз судьбы”.

См. вышеописанные типы характера, см. также *защита, идентичность, компромиссное образование, развитие, Самость, симптом, структурная теория, теория либидо.*

[6, 10, 62, 63, 202, 257, 291, 317, 672, 673, 717]

ЦЕНТРАЛЬНОЕ ЭГО (CENTRAL EGO)

См. *теория Фэйрбейрна.*

ЦИКЛОТИМИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА (CYCLOTHYMIC DISORDERS)

См. *аффективные расстройства.*

ЧАСТИЧНЫЙ/ЦЕЛОСТНЫЙ ОБЪЕКТ (PART OBJECT/WHOLE OBJECT)

См. *теория Кляйн: внутренний объект.*

ЧАСТНАЯ ЖИЗНЬ (PRIVACY)

Состояние обособления от сообщества; уединенность, то есть противоположность общественному модусу бытия. В официальном “техническом” смысле — широкий термин, относящийся к праву “оставаться одному”, фундаментальное конституционное право, присущее всякой демократии и предпосылка креативности; право личности на свободу от публичности, на отказ от контроля общества над своим достоянием.

Такое право, отстаиваемое большинством людей, лежит в основе требования конфиденциальности в аналитической ситуации.

См. *конфиденциальность, привилегия.*

ЧУВСТВО ВИНЫ (GUILT)

Как и стыд, чувство вины относится к группе аффектов, включающих в себя страх перед наказанием, как внешним, так и внутренним, чувство раскаяния, угрызания совести и смирение. Ядро чувства вины составляет тревога со следующим идеационным содержанием: “Если я обижу еще кого-нибудь, то и мне будет больно”. К страху перед внешним или внутренним наказанием может примешиваться депрессивная убежденность в уже свершенном акте агрессии или нанесении кому-то обиды и неотвратимом возмездии. При этом сохраняется надежда на прощение, уважение и любовь при условии искупления через душевное или физическое страдание.

В процессе развития индивида чувства тревоги и депрессивной вины постепенно интернализируются, “встраиваясь” в функции Сверх-Я. Одной из основных функций совести является соизмерение желаний и действий с нормами, которым индивид соответствует или не соответствует. Другие функции включают в себя интернализованные процессы самооценки, самокритики и различных форм самонаказания. Перечисленные функции направляют агрессию, вызываемую чувством вины, против собственной персоны в надежде искуплением и смирением получить прощение. Защита в форме обращенная против собственной персоны является одновременно компонентом чувства вины и способом справиться с нею.

Среди механизмов защиты от чувства вины прежде всего отмечают реактивные образования — либо в виде подчеркнутой неагрессивности (чрезмерной благожелательности и добродушия, пассивности и отказа от соперничества, смирения и покорности), либо, наоборот, в виде отсутствия беспокойства по поводу того, что кому-то была нанесена обида и ущемлены чьи-то желания. Другим типом реактивного образования является превращение пассивного поведения в активное (“пусть уж другие чувствуют себя виновными, а не я”). Посредством проекции человек либо обвиняет других в намерениях или действиях, из-за которых он испытывает вину, или воспринимает других как фигуры немалого укора, которые надо устранить или атаковать.

Полная интернализация аффекта вины, подобно стыду, требует установления системы Сверх-Я, однако предшественники чувства вины появляются еще задолго до развития структур Сверх-Я. На каком уровне развития индивида возникает связь между агрессивными желаниями или действиями и фантазиями и страхами возмездия, — вопрос спорный.

Агрессия против других, проявляющаяся в разных формах, приводит к характерному страху возмездия и, как следствие, к различным фантазиям о наказании и к различным проявлениям чувства вины. В историческом аспекте особое значение в развитии чувства вины психоанализ придавал *страху кастрации*.

Одним из основных выражений бессознательного чувства вины является *негативная терапевтическая реакция*. Мотивы такого парадоксального ухудшения следует искать в "...чувстве вины, которое находит свое удовлетворение в болезни и отказывается избавиться от наказания страданием" (Freud, 1923, с. 49). Еще одну форму негативной терапевтической реакции можно приписать бессознательному чувству стыда; каждый успех должен быть "оплачен" снижением самооценки, унижением и неудачей.

См. аффект, защита, негативная терапевтическая реакция, Сверх-Я, чувство стыда.
[303, 453, 687, 904]

ЧУВСТВО СТЫДА (SHAME)

Понятие, отражающее широкий спектр болезненных аффектов — замешательства, смирения, унижения, бесчестия, — сопровождающих чувство заброшенности, отвержения, позора или утраты уважения со стороны других. В формировании чувства стыда важную роль играют ранние переживания, связанные с выставлением на всеобщее обозрение, с презрением или разоблачением.

В определенном смысле чувство стыда сопоставимо с тревогой, поскольку оба они представляют собой аффективный сигнал, предупреждающий от исполнения эксгибиционистских желаний и предвосхищающий возможное отвержение со стороны внешнего мира или Сверх-Я. Чувство стыда, та-

ким образом, является защитой от эксгибиционистских желаний, основанной на антиципации отвержения за неправильное поведение. В дальнейшем такая защита может стать чертой характера, помогающей индивиду избежать бесчестия и сохраняя уважение к себе. Она предполагает наличие такта, осторожности и сексуальной умеренности. В этом смысле чувство стыда охраняет идеалы и ценности, присущие не только индивиду, но и культуре.

Один человек может испытывать стыд за выставление напоказ чего-то конкретного или за сам акт выставления напоказ. Другой может бояться быть отвергнутым или показаться несостоятельным, слабым, неполноценным, смешным, бесчестным или обманувшим чужие ожидания. Третий может опасаться любых действий — смотреть и чтобы его смотрели на него, слушать и чтобы его слушали. Все такие способы выставления напоказ, даже связанные с любопытством, окрашиваются затем чувством стыда и должны быть отвергнуты.

Один из возможных способов понимания чувства стыда (Wurmser, 1981) состоит в концептуализации внешнего, или объектного, полюса, где индивид чувствует себя пристыженным, и внутреннего полюса, связанного с самим индивидом, из-за которого он испытывает стыд. В процессе развития оба полюса интернализируются и формируют часть Я-идеала. Напряжение между полюсами ощущается затем как явное несоответствие между тем, что человек от себя ожидает, и тем, как он себя воспринимает.

Важными способами защиты от чувства стыда являются обращение чувств против других людей — отношение к другим (вместо себя) с презрением и свысока — и использование таких аффектов, как пренебрежение, гнев и надменность. При этом высокомерие, надменность или пренебрежение являются реактивными образованиями против чувства стыда. Внутреннее чувство стыда может быть экстернализовано или спроецировано в виде идей отношения или воздействия извне. *Бесстыдство* является скорее защитой от чувства стыда, нежели его отсутствием. Бессознательное чувство стыда может проявляться в виде негативной терапевтической реакции, когда каждый успех должен быть "оплачен" самоуничтожением и неудачей.

Аффект стыда не обязательно требует наличия зрения; других форм восприятия и экспрессии достаточно для того, чтобы он мог возникнуть и у слепорожденных. Ранее полагали, что предшественниками тревоги и стыда являются ранние паттерны невыносимости пристального взгляда, а затем *страх незнакомых людей*. Чувство стыда появляется в фазе восстановления. Оно сопровождается ощущениями слабости, неопрятности и неполноценности, связанными с характерными для этой фазы конфликтами из-за разрыва симбиотических уз, с приучением к опрятности и фантазиями об исчезновении или лишении пениса.

См. аффекты, защита, негативная терапевтическая реакция, Сверх-Я, Я-идеал.
[29, 556, 578, 687, 904]

ШИЗОИДНЫЙ ХАРАКТЕР (SCHIZOID CHARACTER)

Нозологическое обозначение широкой категории лиц с чертами застенчивости, робости, ранимости, конструирующих свой жизненный и профессиональный путь с ограничением социальных контактов. Восприятие других шизоидными лицами заменяется фантазиями и внутренними объектными представлениями, что приводит к избеганию борьбы из-за страха уничтожения. Психопатологические нарушения возникают вследствие стойких защит от фрустрации, препятствующих интерперсональному научению в процессе развития. Прилагательное “шизоидный” относится к защитной тенденции к уходу от сложностей интерперсональной реальности к знакомому и упрощенному внутреннему миру объектов.

Термин *шизоидный характер* (или *шизоидная личность*) предложен Блейлером для описания преморбидных особенностей лиц, у которых в конечном счете развивается шизофрения. Мелани Кляйн выявила некоторые шизоидные механизмы: согласно ее теории, расщепление между хорошим и плохим внутренними объектами (в течение первых нескольких месяцев жизни — период, который она назвала шизоидно-паранойяльной позицией) служит экстернализации врожденной детской агрессии и сохраняет переживания, связанные с хорошим объектом. Во второй половине первого

года жизни шизоидная позиция сменяется депрессивной позицией, в которой объекты переживаются как целое и с меньшей амбивалентностью, а прежние внутренние объекты интегрируются в структуру Сверх-Я. Кляйн полагала, что, если ребенок не может перейти к депрессивной позиции или разрешить ее, то шизоидные механизмы сохраняются в личности.

По мнению Фэйрбейрна, экстремальная фрустрация в ранний период развития приводит к формированию болезненных психических структур, неспособных обеспечить комплексное зрелое взаимодействие с другими людьми. Пациенты привязаны к объектам любви, однако их внутренний мир подвергается сильнейшим атакам со стороны отщепленных ненавистных объектов, и опыт интерперсонального взаимодействия с другими остается скудным.

Винникотт делал акцент на важности материнской “поддерживающей среды”, помогающей ребенку справляться с фрустрацией и развивать безопасный внутренний мир, основанный на доверии к другим людям. Несколько позже Кернберг отнес шизоидную личность к большой категории пациентов, испытывающих трудности в структурировании внутренних объектных отношений. Такие проблемы он назвал пограничной личностной организацией.

См. пограничное расстройство личности, теория Винникотта, теория Кляйн, теория Фэйрбейрна.
[137, 398, 502, 887]

ШИЗОПАРАНОЙЯЛЬНАЯ ПОЗИЦИЯ (SCHIZOPARANOID POSITION)

См. теория Кляйн: паранойяльно-шизоидная позиция.

ШИЗОФРЕНИЯ (SCHIZOPHRENIA)

Расстройство (или группа родственных расстройств), возникающее до сорока пяти лет, длящееся не менее шести месяцев и в острые фазы заболевания характеризующееся психотическими симптомами, не обус-

ловленными органическим или аффективным нарушением. Эти симптомы включают в себя бред, галлюцинации, расстройств мышления и восприятия вплоть до выраженных форм искажения реальности.

В острые фазы наиболее шизофренией регрессируют к наиболее примитивным уровням интрапсихического и интерперсонального функционирования. В их осознанных переживаниях преобладает первичный процесс мышления, характеризующийся сгущениями, смещениями, экстенсивным использованием символов и нарушениями восприятия. Подобные феномены выражаются в форме галлюцинаций, бреда, неконтролируемой разрядки влечений и прочих необычных поведенческих проявлений, типичных для острой шизофренией. В интрапсихическом отношении — значительно искажены представления о себе и объектах, не сдерживаются инстинктивные влечения (доминируют агрессивные дериваты), Сверх-Я регрессирует к примитивным и ненадежным уровням, нарушается оценка реальности.

Между психотическими периодами больные шизофренией используют психические ресурсы для отражения примитивных мыслей и инстинктивных дериватов и пытаются совладать со страхом перед возможностью повторного обострения. Как правило, такие индивиды избегают близких отношений, где эта угроза наиболее велика, хотя часто сохраняются также явно нарушенные семейные отношения. Нередко, несмотря на то, что остаются активными некоторые примитивные психические механизмы, пациент может вернуться к более зрелому и интегрированному функционированию. Такие защитные действия, как примитивное отрицание, проекция, изоляция и расщепление, являются характерными для шизофренических индивидов попытками сохранить внутренний контроль и поддерживающие социальные отношения, чтобы избежать психотического регресса в ситуациях стресса.

Как правило, психоаналитики объясняют шизофрению особенностями раннего развития в семьях, где родители страдают выраженными психопатологическими расстройствами. Вместе с тем однозначного мнения по поводу причин шизофренией нет. Свою роль играют как генетические факторы, так и факторы внешней среды. Большинство аналитиков считает, что больным

шизофренией приносит пользу психотерапия, основанная на психоаналитических принципах, но вместе с тем включающая в себя элементы поддержки и ограничения регрессии, которой можно ожидать от собственно психоанализа. Такая психотерапия обычно проводится в сочетании с психофармакологическим лечением.

См. *первичный процесс, психоз, реальность.*
[27, 46, 415, 562]

ЭДИПОВ КОМПЛЕКС (OEDIPUS COMPLEX)

Присущее представителям обоего пола характерное сочетание инстинктивных влечений, целей, объектных отношений, страхов и идентификаций, универсально проявляющееся на пике фаллической фазы (от 2,5 до 6 лет) и сохраняющее свое организующее значение на протяжении всей жизни. В фаллический период ребенок стремится к сексуальному единению (по-разному представляемому в зависимости от его когнитивных способностей) с родителем противоположного пола и желает смерти либо исчезновения родителя своего пола. В связи с присущей ребенку амбивалентностью и потребностью в защите наряду с этими позитивными эдиповыми стремлениями существует так называемый *негативный эдипов комплекс*; то есть ребенок желает также сексуального единения с родителем своего пола и в связи с этим проявляет соперничество с родителем противоположного пола. В типичном случае *позитивный эдипов комплекс* преобладает над негативным при формировании гетеросексуальной ориентации и идентичности хорошо адаптированного взрослого. Однако на бессознательном уровне привязанность девочки к матери, равно как желание мальчика сдать на милость отца в надежде пассивного обретения мужественности, бесконечной любви и защиты, продолжают оказывать глубокое влияние на психическую жизнь и последующий выбор объекта.

Понятие *комплекс Электры* было использовано Юнгом для обозначения существования у девочки желаний и установок, аналогичных комплексу Эдипа у мальчиков. Однако Фрейд не признал этот термин

полезным, и понятие *эдипов комплекс* стало общепринятым для описания тройственных отношений между ребенком и родителями независимо от пола ребенка.

Ребенок боится возмездия (страх возмездия) за запретные инцестуозные и отцеубийственные желания, связанные с комплексом Эдипа. Конкретно, мальчик боится кастрации или удаления пениса, девочка — менее специфических повреждений гениталий и детородных органов. Этот страх объединяет более примитивные страхи, связанные с родителем-соперником, — страх утраты объекта и потери любви объекта. Последний может острее переживаться девочками; правда, современные аналитики оспаривают мнение Фрейда о большей нарциссической ранимости и зависимости девочек.

С генетической точки зрения или с точки зрения развития, эдипова ситуация — узловая точка, отмечающая единение или консолидацию Сверх-Я. При идентификации ребенка с эдиповыми объектами идеализации трансформируются в Я-идеал, а страх перед наказанием — в чувство вины. С топографической точки зрения, комплекс частично сознателен; он проявляется в детской речи, поведении и иных способах коммуникации. В дальнейшем он становится по большей части бессознательным, но в зависимости от степени разрешения в той или иной мере обнаруживает себя в поведении, установках, при выборе объекта. Он опирается также на структуру характера, природу объектных отношений и сексуальную идентичность, формирование фантазий и позднейшие сексуальные паттерны и практики.

Эдипов комплекс стоит в одном ряду с другими фундаментальными открытиями Фрейда (бессознательное, детская сексуальность). Первые теоретические соображения по этому поводу Фрейд сформулировал через год после смерти отца в 1896 году, но в настоящем виде полную формализацию концепции он завершил лишь четырнадцать лет спустя. Фрейд развивал теорию, борясь против несоответствий своей ранней теории неврозов, где подчеркивалась роль обольщения ребенка взрослым, и с сомнениями по поводу новой науки. Признав истерические симптомы у себя и членов своей семьи, Фрейд вступил в длитель-

ный период интенсивной интроспекции, назвав ее самоанализом. В знаменитом письме Вильгельму Флиссу, датированном 15 октября 1897 года, Фрейд так описывает свои находки: “И в моем случае я обнаружил чувство любви к матери и ревность по отношению к отцу, так что теперь я уверен — это общий феномен раннего детства... В каждом человеке... хоть раз в жизни вырос Эдип” (Freud, 1887—1902, с. 223). Публикуя впервые эти идеи в 1900 году в работе “Толкование сновидений”, Фрейд, использовал примеры не только чужих, но и собственных сновидений, и пытался связать миф о царе Эдипе с бессознательными желаниями каждого мужчины.

Классический миф, использованный Софоклом в драме “Царь Эдип”, рассказывает о фиванском царе Лае, которому оракул предрек, что он будет убит своим еще не рожденным сыном. Когда царица Иокаста родила мальчика, царь велел отвезти ребенка в горы и бросить его там, чтобы мальчик погиб. Однако младенца нашел пастух и отнес его царю Полибосу, усыновившему мальчика. Став юношей, Эдип покинул Коринф; случай свел его с Лаем на перекрестке дорог. В споре, кому пройти первым, Эдип убил царя, своего отца. На пути в Фивы он встречает Сфинкс, преграждавшую дорогу в город и требовавшую от всякого путника разгадать загадку. В случае неудачи путник должен умереть. Эдип разгадал загадку, и униженная Сфинкс умерла. Благодарные Фивы отдали Эдипу царский престол и сделали мужем Иокасты. Однако боги не могли смириться о кровосмешением, даже неосознанном, и наслали на Фивы тяжкий мор. Согласно предсказанию оракула, для избавления от мора нужно найти убийцу Лая. В пьесе Софокла Эдип, поклявшийся раскрыть преступление и тем спасти город, узнает, что убийца — он сам и женился он на своей матери. Конец Софокловой драмы трагичен: Иокаста вешается, а Эдип выкалывает себе глаза заколкой от ее хитона.

Как свидетельствуют биографы, знания Фрейда о вариантах мифа не отличались особой точностью. Дальнейшие психоаналитические интерпретации подчеркивают грех Лая — высокомерное богохульство, что и навлекло на него столь ужасную судьбу. Юный наследник фиванского трона, Лай

бежал от дяди-узурпатора. Во время странствий Лай нашел пристанище у царя Пелопса. Когда Лай похитил и развратил незаконного сына Пелопса, его былой хозяин потребовал мести за поругание гостеприимства и покровительства. Пелопс, вместе с Зевсом и Герой, проклял Лая за поругание священных ценностей гостеприимства и покровительства. Они обрели Лая его судьбе — быть убитым собственным сыном и уступить ему свое место на супружеском ложе. То, что Фрейд опустил этот фон в своем пересказе, могло привести его последователей к переоценке “положительных” эдиповых элементов драмы и конфликта, не принимая во внимание мотивы гомосексуальности и детоубийства, служащие противовесом отцеубийству. Впоследствии Фрейд поправил свои представления, отразив их в описаниях случаев и автобиографическом приложении к книге о сновидениях.

С эдиповым комплексом связан целый ряд терминов. Некоторые авторы рассматривают *эдипову фазу развития* (от 2,5 до 6 лет) в качестве эквивалента фаллической фазы, другие используют этот термин для обозначения конечного этапа фаллической фазы, когда эдипов комплекс оформляется структурно и динамически. В этот период фаллические цели направлены на специфический объект, а не на нарциссические заботы; они становятся объектом интрапсихических конфликтов, в котором участвуют Оно, Я и императивы Сверх-Я; с ними справляются посредством основанных на вытеснении защит высокого уровня. И фаллические устремления сами по себе, и треугольник объектных отношений, и психические структуры, в которые они включены, имеют предшественников в развитии. Многие исследователи выделяют доэдипову генитальную организацию, первичную женственность и мужественность, родительские амбиции, кастрационные реакции и др.; все это возникает до собственно фаллической эдиповой фазы. Некоторые обсуждают наличие на втором году жизни соперничества и прототипических конфликтов, включающих дифференцированные и специфические для пола реакции на мать и отца и идентификации с матерью и отцом.

Следует также добавить, что эдипова организация индивида меняется в течение всей жизни (особенно в подростковом возрасте).

Многочисленные конфликтные характеристики комплекса принято обозначать термином *эдипов конфликт*. Стремление к сексуальному единению (исходящее из Оно) вступает в конфликт с ограничениями, налагаемыми Я и Сверх-Я, что в итоге приводит к возникновению страха кастрации. Кроме того, существуют конфликты, коренящиеся в антитетических положительной и отрицательной фазах комплекса, активных и пассивных целях влечений, мужской и женской идентификациях в фантазиях о сексуальном единении. Эти конфликты могут питать друг друга. Так, например, страх кастрации как страх возмездия со стороны отца может накладываться на страх кастрации, связанный с желанием родить от него ребенка. Хотя в эвристическом плане возможно выделить специфические единицы конфликтов, фактически интер- и интрасистемные конфликты переплетены. Кроме того, влияние на их проявления оказывают как предшествующие, так и более поздние особенности и дефекты развития, могущие либо усиливать, либо маскировать эдипову внутриспихическую борьбу. Многие авторы считают, что эдипов конфликт играет решающую роль в каждом клиническом анализе.

В клинических дискуссиях часто употребляются еще два термина меньшей концептуальной значимости. Говорят, что, когда ребенок завоевывает большую часть любви и внимания родителя противоположного пола, появляется *эдипов триумф*. Например, мать, будучи агрессивным членом семьи, обожает сына, одновременно проявляя презрение к мужественности своего мужа. Другая ситуация, приводящая к эдипову триумфу, — переживаемая в детстве смерть родителя своего пола. Многие авторы, особенно Эрнест Джонс в “Гамлете и Эдипе” (1949), подчеркивают трагические и фатальные последствия “вознаграждения” этого вытесненного и сознательно неприемлемого желания. Термин *эдипова ситуация* достаточно произвольно относят к конгломерату фазы, конфликта и комплекса; она специфична для психического развития конкретного человека, проявляясь в его фантазиях при мастурбации, семейных любовных историях. Еще одно применение термина касается отдельных жизненных ситуаций или событий, пробуждающих фантазии, чувства и формы поведения, вытекающие из эдиповой фазы развития.

См. *детская сексуальность, психосексуальное развитие.*

[49, 104, 163, 238, 249*, 307, 467, 478, 479, 566, 733, 792]

ЭЙФОРΙΑ (EUPHORIA)

Состояние хорошего физического и психического самочувствия, сопровождающееся веселым настроением или ликованием. Как правило, это состояние вызывается искусственным путем, неестественно. Эйфория связана с попытками повторно пережить счастье или радостное настроение, которое не может возникнуть произвольно. Как и восторженное настроение, она не соответствует действительной интрапсихической или внешней реальности. Вместе с тем эйфория не сопровождается гиперактивностью, характеризующей маниакальные или гипоманиакальные состояния.

Обычно эйфория вызывается увеселительными мероприятиями, разрешением сложных жизненных проблем или уходом от большой ответственности; искусственно эйфорию вызывают алкоголь и стимулирующие средства (амфетамин, кокаин и т.п.). Крайние формы эйфории проявляются в органических, токсических и травматических синдромах головного мозга. "Индифферентная эйфория" — веселое настроение без соответствующей глубины аффекта — описана при шизофрении.

См. *настроение, эйфория.*
[99, 254]

ЭКОНОМИЧЕСКИЙ ПОДХОД (ECONOMIC VIEWPOINT)

См. *металпсихология.*

ЭКСГИБИЦИОНИЗМ (EXHIBITIONISM)

В широком смысле термин употребляется для обозначения действия, направленного на привлечение внимания к себе. Эксгибиционизм, будучи одним из парных компонентов влечений, или парциальным влечением (описан Фрейдом в 1905 году в

качестве составной части детской сексуальности), проявляется, как правило, в фаллической фазе в виде детских желаний обнажать собственное тело, в частности гениталии. Он тесно связан с другим частным компонентом — скопофилией и, по сути, может рассматриваться как обращение взгляда на себя. Место гениталий могут занимать другие части тела или тело в целом, вместо них могут демонстрироваться также достижения и поведение.

В более узком смысле термин *эксгибиционизм* употребляется для обозначения перверсии у подростка или у взрослого (почти исключительно мужского пола), при которой обнажение гениталий и их показ другим необходимы для полного удовлетворения при оргазме. Эксгибиционизм как перверсия впервые был описан в 1877 году Ласегом.

В психоанализе термин *эксгибиционизм* используется в основном в значении, не относящемся к перверсии. Эксгибиционизм как перверсия психоаналитическому лечению обычно не поддается.

См. *компонентные влечения, перверсия, скопофилия.*
[21, 543]

ЭКСПРЕССИВНАЯ ТЕРАПИЯ (EXPRESSIVE THERAPY)

См. *психотерапия.*

ЭКСТЕРНАЛИЗАЦИЯ (EXTERNALIZATION)

Термин, обозначающий общую направленность психических процессов, выражающуюся в приписывании индивидом атрибутов внутренних феноменов внешнему миру. Эти процессы можно рассматривать как противоположные интернализации. Инстинктивные желания, конфликты, настроение и способы мышления (когнитивный стиль) могут проецироваться. Так, чувство злости и агрессивные импульсы могут быть причиной того, что ребенок начинает бояться чудовищ, обитающих в темноте, дикарь верит, что джунгли населены злыми духами, а параноику повсюду мерещатся преследователи.

Фрейд (1911) описал параноийальную проекцию в случае Шребера, послужившую

прототипом: любовь трансформируется в ненависть, которая затем экстернализируется; в процессе такой трансформации чувств объект и субъект меняются местами. Позже Новиком и Келли (1970) были описаны другие формы экстернализации: *генерализация* — нормальный с точки зрения развития способ мышления, позволяющий ребенку считать, что он воспринимает окружающий его мир так же, как и другие, и защитная экстернализация, когда собственные качества проецируются и причинно связываются с другими людьми. На разграничении отдельных типов экстернализации особо настаивают детские аналитики (Furman, 1980; Sandler, Kennedy & Tyson, 1980). Они утверждают, что экстернализация, обнаруживаемая во время работы с детьми, может быть выявлена и у взрослых.

Анна Фрейд (1965) предостерегает от смешения понятий экстернализации и переноса. Развивая ее точку зрения, Берг (1977) и Новик (1982) провели разграничение между *экстернализированным переносом* и *дифференцированным*. В первом случае аналитику приписывается часть внутреннего мира пациента — импульсы, запреты Сверх-Я, репрезентанты Самости, отдельные функции Я (проверка реальности и др.). Могут экстернализоваться также патологические семейные отношения. При дифференцированном переносе на аналитика проецируются детские цели, направленные на ранние объекты.

Процесс экстернализации охватывает широкий спектр нормальных и патологических феноменов, как адаптивных, так и защитных. Способность индивида к экстернализации может быть использована в живописи, поэзии, литературе и других областях культурной деятельности. Она также является основой проективных психологических тестов, таких, как тест Роршаха. Концепция экстернализации позволяет сопоставить и даже объединить внешне противоположные теоретические направления: например, кляйнианское понятие *проективной идентификации* можно понимать как особый тип экстернализации, а принадлежащие Кохуту понятия *зеркала* и *идеализирующего переноса* — как формы экстернализованного переноса.

См. *защита, интернализация, перенос, проекция.*

[75, 240, 269, 335, 637, 638, 750]

ЭКСТРАВЕРСИЯ (EXTRAVERSION))

См. *термины аналитической психологии: типология*

ЭМПАТИЯ (EMPATHY)

Особый способ восприятия и постижения психологических состояний других людей. Буквально *эмпатия* означает “чувствование” в другого человека — в противоположность *симпатии*, то есть “сочувствию”. Термин *эмпатия* восходит к эстетике и психологии XIX века, когда эмпатией обозначался способ понимания и объяснения объекта, основанный на моторной имитации и выводах из наблюдений над собственными кинестетическими ощущениями.

Способность к эмпатии, по-видимому, связана с развитием довербальных взаимодействий между матерью и ребенком, когда желания и потребности совпадают с реакциями на них. Возможность подобных совпадений является важнейшей предпосылкой аналитической практики. В аналитической ситуации эмпатия является следствием “свободно парящего внимания” и развитой автономии аналитика, представляющей собой важный компонент его рабочего Я. Аналитик не должен относиться к эмпатии как к мистическому или трансцендентному феномену. Вербальная и невербальная активность пациента, его аффекты во время аналитической работы вызывают у аналитика резонирующие, так сказать, параллельные состояния. Самовосприятие или интроекция аналитика становится в таком случае источником информации о пациенте. Эмпатия, следовательно, представляет собой временную и частичную регрессию Я, обеспечивающую легко обратимую идентификацию с анализируемым и тем самым служащую аналитическому процессу. Эмпатия может возникать в отсутствие вербальной коммуникации и понимания; в таких условиях она проявляется как реакция на переживание утраты аналитических взаимоотношений.

Эмпатия — процесс предсознательный, автоматический и “беззвучный”. Она сосуществует с другими, более объективными способами получения информации о чув-

ствах и поведении пациента. Чтобы добиться полного аналитического понимания, непосредственные, эмпатические впечатления должны соотноситься и интегрироваться с другой информацией. Таким образом, эмпатия включает в себя многие компоненты — аффективные, когнитивные и логические, — которые, взаимодействуя, создают почву для аналитического лечения.

Эмпатия не подменяет собой анализ переноса и сопротивления, хотя и может предоставить информацию об этих процессах. Она является относительно нейтральной и лишена компонента суждения — в отличие от родственных ей феноменов сострадания и *симпатии*, от которых ее следует строго отделять. Состраданию и симпатии недостает объективности, они предполагают чрезмерную идентификацию и нередко приводят к появлению фантазий об избавлении. Эмпатия же в сочетании с другими способами аналитического наблюдения и понимания может стать одним из важнейших источников контрпереноса.

С точки зрения психоаналитической психологии Самости (Kohut, 1959), эмпатия означает адекватное восприятие и реакцию на чувства и потребности пациента. В целом психоанализ рассматривает эмпатию как сосредоточение на внутреннем мире пациента. Поэтому среди аналитиков принято говорить об эмпатических компонентах понимания, интерпретации или вмешательства, не возводя эмпатию в ранг основного принципа аналитической техники.

См. анализ, интернализация, интерпретация, интуиция, психология Самости, рабочее Я, регрессия.

[61, 144, 384, 511, 556, 557, 645]

ЭРОТИЗМ (EROTISM)

Эротогенность (Erotogenicity)

Эротогенные (эрогенные) зоны (Erotogenic Zones)

Основу всех терминов составляет греческое слово “эрос”, означающее сексуальную любовь и греческого бога любви одновременно (Фрейд использовал слово “эрос” для обозначения влечения к жизни, а

термин “либидо” — для обозначения его энергии). Эротизм является, по сути, эквивалентом сексуальности в самом широком смысле слова, то есть сексуальности, не ограниченной только генитальными функциями. Эротизм включает в себя способность (*эротогенность*) к особому рода удовольствию, ощущаемому при ожидании или при возбуждении частей тела (в частности, кожи и слизистых оболочек) во время действий, соответствующих специфическим воспоминаниям и фантазиям, связанным с паттернами возбуждения и реагирования этих частей. Фрейд постулировал эротогенность в качестве количественного фактора, способного усиливаться или ослабевать, а также перемещаться от одной части тела к другой.

Ощущения, чувства, мысли или действия благодаря такой эротогенности, то есть благодаря их способности быть источником сексуального возбуждения, активируют сексуальную систему. Сексуальное возбуждение распространяется на другие биологические и психические системы и ведет к особому душевному состоянию, при котором восприятие себя и объекта, а также намерения физического контакта с другим индивидом приобретают чувственную окраску.

Хотя самые разные восприятия, символы или фантазии могут быть эротогенными, биологически детерминированными компонентами сексуальной системы являются определенные анатомические области тела — *эротогенные зоны*. Стремление к сексуальному удовлетворению связано с этими частями тела; именно их стимуляция и вызывает сексуальное возбуждение. Они могут использоваться как для аутоэротического удовлетворения, так и для сексуального контакта с другими людьми. Психобиологические паттерны и функции этих зон могут оказывать влияние на развитие характера и на образование симптомов. Какая именно зона будет эротогенной и как она будет функционировать, обуславливается факторами развития и культуры. Любая часть тела (не только оральная, анальная и генитальная зоны) может катектироваться вторично и становиться эротогенной зоной. Обычно становятся эротогенными те части или области тела, которые обеспечивают удовлетворительный контакт с матерью благодаря вни-

манию, заботе и стимуляции с ее стороны. Этот контакт является также источником компонентных элементов (парциальных влечений), которые в дальнейшем определяют сексуальные цели и организуются — в большей или меньшей степени — под приматом генитальной зоны в пубертате.

См. *компонентные влечения, психосексуальное развитие.*

[251, 280, 300, 541, 822]

ЭРОТОГЕННЫЙ МАЗОХИЗМ (EROTOGENIC MASOCHISM)

См. *мазохизм.*

Я, ЭГО (EGO)

Один из важнейших терминов в истории развития психоаналитической теории. Принято различать раннее и более позднее значения Я, применяемые до настоящего времени. В ранних работах Фрейд иногда использовал термин *Я* для обозначения всей (психической) личности; иногда оно подразумевало организованную группу идей. Те из этих идей, которые могут быть допущены в сознание, и образуют Я. Другие же являются неприемлемыми и принадлежат бессознательному. Таким образом, в своей ранней концепции Я Фрейд делал акцент на защите, одной из основных его функций.

В современном употреблении термин *Я* принято соотносить с более поздним фрейдовским определением Я как одной из трех основных частей психического аппарата (Freud, 1923). Хотя Я располагает сознательными компонентами, многие из его операций производятся на основе автоматических и бессознательных механизмов. Раннее значение термина *Я* в настоящее время заменено понятием *Самости*. При чтении психоаналитической литературы смысл, вкладываемый в термин *Я*, проще определить по тому периоду, к которому относится та или иная работа.

Новорожденный ребенок существует в недифференцированном психическом со-

стоянии, из которого постепенно развивается Я. Реализация матрицы Я—Оно основывается на взаимодействии двух факторов — конституционального (генетически обусловленного) развития паттернов центральной нервной системы, органов чувств и тела в целом) и переживаний в окружающем мире при взаимодействии с объектами. Я занимает позицию между первичными влечениями, основанными на физиологических потребностях, и требованиями внешнего мира; в качестве интернализированных психических репрезентантов того и другого оно служит посредником между индивидом и внешней реальностью. Я воспринимает физические и психические потребности Самости, свойства и установки внешней среды, включая объекты, и оценивает, координирует и интегрирует эти восприятия, чтобы приспособить внутренние запросы к внешним требованиям; наконец, Я снижает напряжение, исходящее от влечений и желаний, разряжая их либо путем уменьшения интенсивности влечений, либо посредством преобразования внешней ситуации. Важной задачей Я является достижение оптимального удовлетворения инстинктивных стремлений за счет сохранения "добрых отношений" как с внешним миром, так и со Сверх-Я (внутренним репрезентантом норм поведения и моральных требований). Для выполнения этой задачи необходимо защитное приспособление, редуцирующее необычайно сильные внутренние и внешние стимулы. В физиологическом отношении органы чувств устроены так, чтобы воспринимать только определенные стимулы, игнорируя либо редуцируя другие. Это особенно важно для младенца, не обладающего достаточно развитой защитой. (Физиологические механизмы младенца, служащие этой цели, проявляются в виде общего стимульного барьера или предохранительного щита.) В психическом отношении развиваются и сохраняются определенные защитные функции, предохраняющие от осознания конфликтных требований, исходящих от Оно (примитивных побуждений, импульсов, биологических потребностей и т.п.) и Сверх-Я, если они продуцируют невыносимую тревогу.

Для эффективной работы отдельных функций Я (например, восприятия, способности передвигаться, намерения, антиципации,

целесообразности, планирования, интеллекта, мышления и речи) необходимо их созревание в относительно свободной от конфликтов среде (концепция Гартманна о первичной автономии Я) или такое развитие, при котором они могут осуществляться без чрезмерных конфликтов (вторичная автономия). Согласно теоретическим положениям Гартманна и других авторов, психическая энергия, уходящая на этот конфликт, нейтрализуется и, таким образом, становится доступной для дальнейшего развития Я. В качестве составной части своей адаптации к реальности Я должно также развить способность к относительно стабильным взаимоотношениям с объектами, в частности, с противоположным полом, от которого зависит удовлетворение инстинктивных потребностей. Индивид должен научиться формировать стойкие эмоциональные, дружеские взаимосвязи с другими с минимальными проявлениями враждебности (константность объекта).

Не следует рассматривать Я в качестве некоего антропоморфного исполнительного органа или как часть головного мозга. Скорее, этот термин отображает полезный способ осмысления базальных аспектов человеческого поведения. Традиционно Я определялось как группа функций, которые развиваются, подвержены самым разным нарушениям и могут стать более эффективными благодаря психиатрическому и, в частности, психоаналитическому лечению.

Функции Я многочисленны, и лишь немногие индивиды научаются использовать их в полной мере. Некоторые индивиды очень плохо функционируют в одних областях, но имеют явный успех в других (амбициозные, энергичные, успешные исполнители, не переносящие родительских требований; образованные и прекрасные ученые, до смешного неспособленные в обыденной жизни). Кроме того, существуют люди, у которых заметные успехи достигаются благодаря нарушениям в сфере Я (фанатичные параноики, способные зажечь миллионы людей своими бредовыми убеждениями). Тем не менее адаптация к реальности, будучи одной из важнейших функций Я, может принимать самые необычные формы. Поэтому оценка Я должна производиться не в целом, а с точки зрения его специфических функций.

См. адаптация, защита, развитие Я, структурная теория, функции Я.

ЯВНОЕ СНОВИДЕНИЕ (MANIFEST DREAM)

См. сновиденье, сновидения.

ЯВНОЕ СОДЕРЖАНИЕ (MANIFEST CONTENT)

См. сновиденье, сновидения.

Я-ДИСТОННЫЙ (EGO-DYSTONIC)

Я-синтонный (Ego-Syntonic)

Влечения, аффекты, представления или формы поведения, субъективно воспринимаемые наблюдающим Я как не присущие Самости, являются Я-дистонными или чуждыми Я. Противоположным понятием является *Я-синтонный*. В обоих терминах слово "Я" употребляется в его неуточненном значении, выражающем скорее современное понятие *Самость*, а не структурную часть психического аппарата. Однако, несмотря на то, что термины *чуждый Самости* или *дистонный Самости* в семантическом отношении являются более правильными, они не используются.

См. Я.

ЯЗВЕННЫЙ КОЛИТ (ULCERATIVE COLITIS)

Наиболее распространенное воспалительное заболевание кишечника. Одно из семи так называемых психосоматических расстройств, изученных Александром (1950), которые провоцируются и обостряются эмоциональными конфликтами.

Первым психоаналитиком, обратившим внимание на психопатологию при язвенном колите, был Мюррей (1930). Его наблюдения были подтверждены и дополнены многочисленными исследователями — медиками, психологами, психиатрами и психоана-

ликами. В характерологическом отношении многие пациенты, страдающие язвенным колитом, кажутся поверхностными людьми; их фантазия, сновидения и интроспекция очень бедны, и они часто не осознают своих чувств. Эти особенности были названы Сифносом (1967) *алекситимическими*, однако психоаналитическое исследование выявляет у таких пациентов сильнейшее отрицание. Они используют догенитальные формы защиты от интенсивных примитивных садистских импульсов, направленных как на воспринимаемые реальные, так и на интернализированные первичные объекты. Если пациент распознает и мобилизует такие импульсы с сопровождающими их фантазиями (дериватами влечений), он часто оказывается способным отказаться от кишечных симптомов, но за этим нередко следуют отыгрывание и депрессия. Иногда могут наблюдаться переходящие психотические симптомы.

На ранних стадиях лечения нередко приходится использовать некоторые модификации классической психоаналитической техники. Часто оказывается полезным авторитарный, но не успокаивающий, интерпретирующий стиль работы. После анализа догенитальных проблем пациента и устранения его симптомов иногда оказывается возможным классический аналитический подход.

После изучения шестидесяти восьми случаев Вейнсток (1962) пришел к выводу, что за исключением больных, которым необходимо хирургическое вмешательство, с помощью психоаналитической терапии удается добиться излечения или стойкой ремиссии. Однако несмотря на многочисленные сообщения о ремиссиях после проведения психоаналитической терапии у больных, наблюдавших десятилетиями, роль психопатологии и аналитической терапии в лечении таких состояний остается спорной. В последние десятилетия психоаналитики отошли от лечения психосоматических состояний. Одной из причин этого является то, что лечение таких больных не совместимо с обычной психоаналитической практикой.

См. *алекситимия, психосоматические состояния.*

[19, 483, 628, 883]

Я-ИДЕАЛ (EGO-IDEAL)

Термин, первоначально использовавший Фрейдом (1914, 1921) для обозначения того, что позже было названо им *Сверх-Я*, то есть психического образования со специфическими психическими функциями, включающими в себя построение системы моральных норм, называемой также совестью (включая самонаблюдение и самокритику), цензуру сновидений, проверку реальности (эта функция в конечном счете стала рассматриваться как функция Я) и, наконец, формирование идеального образа себя.

В настоящее время большинство аналитиков рассматривают Я-идеал как совокупность функций в структуре Сверх-Я. Некоторые авторы считают "идеализированные концепции Самости" и "идеализированные качества объектов любви" двумя основными исходными частями Я-идеала. В психологии Самости эти части описываются терминами *грандиозная Самость* и *идеализированный объект* (самообъект). Другие авторы подчеркивают, что Я-идеал относится к множеству репрезентантов, дифференцирующихся на протяжении жизни: 1) *идеальный объект* — образ почитаемого, идеализированного и всемогущего объекта; 2) *идеальный ребенок* — родительский идеал желанного и любимого ребенка, воспринимаемый этим ребенком (позже эта репрезентация становится частью того, "каким я должен стать"); 3) *идеальная Самость* — представление о том, кем "я хочу быть", о том, что может обеспечивать максимальное удовлетворение и сводить к минимуму агрессивные проявления против Самости; 4) *идеальные отношения* — репрезентация желанных, оптимальных взаимоотношений. К этим четырем аспектам Я-идеала относятся репрезентанты действий, которые следует совершить или которых следует избегать, чтобы добиться желаемых отношений. Эти различные репрезентации служат "мерилом" для оценки того, насколько индивид соответствует ожиданиям со стороны своих визави; они могут также помочь выявлять причину неудач, вызывающих аффекты неудовольствия.

Первичные аффекты, связанные с функционированием Я-идеала или Сверх-Я, чувствами стыда и вины, нередко перекрывают-

ся; тем не менее здесь можно провести определенные различия. Чувство стыда предохраняет интегральный образ Самости, чувство вины — интегрированность объекта. Таким образом, чувство стыда относится в первую очередь к неудачам, слабости или к изъянам Самости — к неспособности видеть себя таким, каким хотелось бы, чтобы тебя воспринимали другие. Чувство вины связано с “нападением” на других — нарушением личных норм поведения, основанных на “идеальных отношениях”.

Репрезентанты Я-идеала основываются на идентификациях — как с идеализованными родителями, так и с прежними образами Самости. Однако в некоторых случаях Я-идеал может оказаться совершенно противоположным таким идентификациям. Подобная дезидентификация, или *негативная идентичность*, отражает интрасистемный конфликт между частями Сверх-Я (идеалами, ценностями) или частями Я. При усилении такого конфликта он может привести к патологии, например к конфликту идентичности. Расщепление идентичности часто сопровождается импульсивным поведением и значительно реже — симптомами деперсонализации.

Хотя Я-идеал формируется в ходе развития Я, при некоторых патологических состояниях обнаруживаются ранние образы, связанные с проявлениями примитивных влечений (фантазии о слиянии, чрезмерные амбиции), которые сохраняются и могут повлиять на формирование Я-идеала на более поздних стадиях. Такая патология свидетельствует об уязвимости индивида к *нарциссической травме* и о тенденции к переживанию интенсивных архаических аффектов, таких, как гнев, стыд, депрессия и тревога, а также дериватов нарциссических аффектов — зависти, ревности, злости и презрения. А. Райх (1954) отмечала роль садистских предшественников Сверх-Я и архаических форм Я-идеала в патологических состояниях, характеризующихся незрелостью сексуальных идеалов, неустойчивостью связей Я и смешением желаемого и реальности.

См. *деперсонализация, идеализация, идентичность, интернализация, конфликт, Сверх-Я, чувство вины, чувство стыда.*

[190, 280, 423, 432, 451, 512, 687, 705, 749, 904]

Я-УДОВОЛЬСТВИЕ (PLEASURE EGO)

См. *реальность.*

ДЙЈА VU

Дйја racontй

Этими терминами обозначается группа состояний субъективного искажения переживаемого опыта. Общим их признаком является ошибочное убеждение в том, что переживаемое в данный момент уже было пережито ранее. Имеются и другие термины, обозначающие различные проявления этого феномена. Названия отдельных проявлений феномена заимствованы из французской психиатрии XIX века. В группу этих проявлений принято относить состояния *dйја racontй* (уже рассказанного), *dйја entendu* (уже слышанного), *dйја eprouvй* (уже пережитого), *dйја fait* (уже сделанного), *dйја pensй* (уже обдуманного), *dйја voulu* (уже желавшегося). В психоанализе особый интерес привлекают состояния *dйја vu* (уже виденного) и *dйја racontй*.

Состояние *dйја vu* в своей полностью развернутой форме связано с чувством неудовольствия, нереальности, сноподобия, которое сочетается с ощущением сверхъестественной пророческой способности предвидеть каждую из мельчайших подробностей возникающих переживаний. Подобные феномены встречаются как в норме, так и в патологии, психической и органической. Они чаще встречаются у детей и подростков, но могут наблюдаться и в зрелом возрасте.

Полного понимания природы состояний *dйја vu* не достигнуто. По всей видимости, они представляют собой особый тип изменений защитной регрессии, уводящей к ощущениям такой реальности, которая отражает воспоминания о давно вытесненных бессознательных фантазиях и о конкретных прошлых переживаниях, связанных с запретными желаниями. Имеются и другие попытки объяснения сущности этих феноменов. Так, согласно одной из наиболее принятых интерпретаций, феномен *dйја vu* приравнивается к сноподобным состояниям или покрывающим воспоминаниям, каждый элемент которых испытывает сильное влияние скрытых или детских переживаний.

Защитный эффект маскируется аффектом неудовольствия и заключается в утешительном утверждении: “Как раньше мне удалось пережить испуг, так и сейчас я тоже останусь неповрежденным”. Состояния *dija vu*, каким образом, представляют собой компромиссное образование, возникающее на основе ситуации, одновременно символизирующей и стимулирующей возрождение прошлых воспоминаний, фантазий и желаний, связанных с неприятным аффектом. Компромисс допускает одновременное сосуществование отказа и наказания, частичного удовлетворения этих желаний и успокоения душевной боли.

Состояние *deja gasopti* относится к событиям и переживаниям, когда у пациента возникает ложное убеждение, будто произнесенное в данный момент уже было высказано аналитиком ранее. Проявление этого феномена — бесспорное свидетельство появления новой информации для психоаналитического лечения. При этом остается неясным, включать ли в понятие “*deja gasopti*” все подобные состояния или же ограничить его рамки только теми состояниями, при которых пациент настаивает на своей правоте. Если принять на вооружение широкое толкование термина, то необходимо признать, что феномен *deja gasopti* проявляется повсеместно. Клинические наблюдения также свидетельствуют в пользу широкого определения. Хотя состояния *dija vu* и *dija gasopti* имеют одинаковую структуру, первое из них является более специфичным и требует особого участия со стороны психоаналитика, в то время как феномен *dija gasopti* представляет собой интрапсихическое переживание. Большинство аналитиков считают, что для понимания состояния *dija gasopti* необходимо использование переноса. Поскольку перенос является универсальным феноменом, не будет ошибкой включить эту форму парапраксиса (ошибочных действий) в события как внутри, так и вне ситуации психоаналитической терапии.

Если рассматривать *dija gasopti* в качестве парапраксиса, то следует признать его структурное сходство со сновидениями и покрывающими воспоминаниями. В таком случае содержание этого феномена может быть подвергнуто анализу аналогично тому, как анализируются сновидения. Проявления защитных желаний в состоянии *dija gasopti* обусловлены, с одной стороны, потребно-

стью обсудить его содержание, с другой — стремлением иметь гарантии успешного совладания с опасной ситуацией, спровоцированной переносом.

[31, 116, 277]

TRIEB

Немецкое слово, которым Фрейд обозначал эндогенные мотивационные силы. В стандартном англоязычном издании работ Фрейда переведено как инстинкт. Гартманн и Шур предложили термин *инстинктивное влечение*, подчеркивая тем самым психическую репрезентацию этих сил в отличие от биологических паттернов поведения, обозначаемых термином *инстинкт*.

См. *инстинктивное влечение*.

VAGINA DENTATA

Латинский термин, отражающий представление о том, что влагалище наделено зубами и способно укусить и повредить пенис во время полового акта. Легенду о *vagina dentata*, отражающую страх перед половым актом, слышали антропологи в различных частях света. Эта фантазия с некоторым постоянством обнаруживается у мужчин с невротическими и сексуальными проблемами, что впервые было описано Отто Ранком (1924) и более детально исследовано Шандором Ференци (1925). Она связана со страхом кастрации; вследствие смещения влагалище воспринимается с оральной точки зрения как орган поглощения. Воображаемые зубы, которыми наделено влагалище, часто символизируют отцовский пенис. Нередко символы *vagina dentata* содержат крыс и змей с большими зубами. У женщин также бывают бессознательные фантазии о том, что они обладают *vagina dentata* как средством возмездия мужчинам.

Penis dentata — эквивалент *vagina dentata* — отражает идею о том, что пенис наделен зубами и способен повредить влагалище. Подобные легенды сосуществуют с легендами о *vagina dentata*. Чаще эта фантазия встречается у женщин, но может быть и у мужчин, сочетаясь с враждебными и садистскими желаниями по отношению к женщинам.

БИБЛИОГРАФИЯ

Мы приняли следующие сокращения для наиболее часто упоминаемых книг и журналов:

<i>IJP</i>	<i>International Journal of Psycho-analysis</i>
<i>JAP</i>	<i>A Journal of the American Psychoanalytic Association</i>
<i>SE</i>	<i>Standard Edition of the Complete Psychological Works of Sigmund Freud, ed. James Strachey</i> (London: Hogarth Press and the Institute of Psycho-Analysis, 1953—74.)
<i>PSOC</i>	<i>Psychoanalytic Study of the Child</i> (New Haven: Yale University Press)
<i>PQ</i>	<i>Psychoanalytic Quarterly</i>
<i>WA</i>	<i>The Writings of Anna Freud, ed. Anna Freud</i> (New York: International Universities Press, 1966—74)
<i>PMC</i>	<i>Psychoanalysis The Major Concepts</i> ed. Burness E. Moore and Bernard D. Fine (New Haven: Yale University Press)

1. Abend, S. M. Identity. PMC. Forthcoming.
2. Abend, S. M. (1974) Problems of identity. PQ, 43.
3. Abend, S. M., Porder, M. S. & Willick, M. S. (1983) Borderline Patients. New York: Int. Univ. Press.
4. Abraham, K. (1916) The first pregenital stage of libido. Selected Papers. London, Hogarth Press, 1948.
5. Abraham, K. (1917) Ejaculatio praecox. In: selected Papers. New York Basic Books.
6. Abraham, K. (1921) Contributions to the theory of the anal character. Selected Papers. New York: Basic Books, 1953.
7. Abraham, K. (1924) A Short study of the development of the libido, viewed in the light of mental disorders. In: Selected Papers. London: Hogarth Press, 1927.
8. Abraham, K. (1924) Manic-depressive states and the pre-genital levels of the libido. In: Selected Papers. London: Hogarth Press, 1949.
9. Abraham, K. (1924) Selected Papers. London: Hogarth Press, 1948.
10. Abraham, K. (1924) The influence of oral erotism on character formation. Ibid.
11. Abraham, K. (1925) The history of an impostor in the light of psychoanalytic knowledge. In: Clinical Papers and Essays on Psychoanalysis. New York: Basic Books, 1955, vol. 2.
12. Abrams, S. (1971) The psychoanalytic unconsciousness. In: The Unconscious Today, ed. M. Kanzer. New York: Int. Univ. Press.
13. Abrams, S. (1981) Insight. PSOC, 36.
14. Abse, D W. (1985) The depressive character In Depressive States and their Treatment, ed. V. Volkan New York: Jason Aronson.
15. Abse, D. W. (1985) Hyster ia and Related Mental Disorders. Bristol: John Wright.
16. Ackner, B. (1954) Depersonalization. J. Ment. Sci., 100.
17. Adler, A. (1924) Individual Psychology. New York: Harcourt, Brace.
18. Akhtar, S. (1984) The syndrome of identity diffusion. Amer. J. Psychiat., 141.
19. Alexander, F. (1950) Psychosomatic Medicine. New York: Norton.
20. Allen, D. W. (1974) The Feat- of Looking. Charlottesville, Va: Univ. Press of Virginia.

21. Allen, D. W. (1980) Psychoanalytic treatment of the exhibitionist. In: *Exhibitionist, Description, Assessment, and Treatment*, ed. D. Cox. New York: Garland STPM Press.
22. Allport, G. (1937) *Personality*. New York: Henry Holt.
23. Almansì, R. J. (1960) The face-breast equation. *JAPA*, 6.
24. Almansì, R. J. (1979) Scopophilia and object loss. *PQ*, 47.
25. Altman, L. Z. (1969) *The Dream in Psychoanalysis*. New York: Int. Univ. Press.
26. Altman, L. Z. (1977) Some vicissitudes of love. *JAPA*, 25.
27. American Psychiatric Association. (1987) *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, 3d ed. revised. Washington, D. C.
28. Ansbacher, Z. & Ansbacher, R. (1956) *The Individual Psychology of Alfred Adler*. New York: Basic Books.
29. Anthony, E. J. (1981) Shame, guilt, and the feminine self in psychoanalysis. In: *Object and Self*, ed. S. Tuttmann, C. Kaye & M. Zimmerman. New York: Int. Univ. Press.
30. Arlow. J. A. (1953) Masturbation and symptom formation. *JAPA*, 1.
31. Arlow. J. A. (1959) The structure of the déjà vu experience. *JAPA*, 7.
32. Arlow. J. A. (1961) Ego psychology and the study of mythology. *JAPA*, 9.
33. Arlow. J. A. (1963) Conflict, regression and symptom formation. *IJP*, 44.
34. Arlow. J. A. (1966) Depersonalization and derealization. In: *Psychoanalysis: A General Psychology*, ed. R. M. Loewenstein, L. M. Newman, M. Schur & A. J. Solnit. New York: Int. Univ. Press.
35. Arlow. J. A. (1969) Fantasy, memory and reality testing. *PQ*, 38.
36. Arlow. J. A. (1969) Unconscious fantasy and disturbances of mental experience. *PQ*, 38.
37. Arlow. J. A. (1970) The psychopathology of the psychoses. *IJP*, 51.
38. Arlow. J. A. (1975) The structural hypothesis. *PQ*, 44.
39. Arlow. J. A. (1977) Affects and the psychoanalytic situation. *IJP*, 58.
40. Arlow. J. A. (1979) Metaphor and the psychoanalytic situation. *PQ*, 48.
41. Arlow. J. A. (1979) The genesis of interpretation. *JAPA*, 27 (suppl.).
42. Arlow. J. A. (1982) Problems of the superego concept. *PSOC*, 37.
43. Arlow. J. A. (1984) Disturbances of the sense of time. *PQ*, 53.
44. Arlow. J. A. (1985) Some technical problems of countertransference. *PQ*, 54.
45. Arlow, J. A. & Brenner, C. (1963) *Psychoanalytic Concepts and the Structural Theory*, New York: Int. Univ. Press.
46. Arlow, J. A. & Brenner, C. (1969) The psychopathology of the psychoses. *IJP*, 50.
47. Asch, S. S. (1966) Depression. *PSOC*, 21.
48. Asch, S. S. (1976) Varieties of negative therapeutic reactions and problems of technique. *JAPA*, 24.
49. Atkins, N. (1970) The Oedipus myth. Adolescence, and the succession of generations. *JAPA*, 18.
50. Atkinson, J. W. & Birch, D. (1970) *The Dynamics of Action*. New York: Wiley.
51. Bachrach, H. M. & Leaff, L. A. (1978) Analyzability. *JAPA*, 26.
52. Bacon, C. (1956) A developmental theory of female homosexuality. In: *Perversions*, ed. S. Lorand & M. Balint. New York: Gramercy.
53. Bak, R. C. (1953) Fetishism. *JAPA*, 1.
54. Bak, R. C. (1968) The phallic woman. *PSOC*, 23.
55. Bak, R. C. & Stewart, W. A. (1974) Fetishism, transvestism, and voyeurism. *An American Handbook of Psychiatry*, ed. S. Arieti. New York: Basic Books, vol. 3.
56. Balint, A. (1949) Love for mother and mother-love. *IJP*, 30.
57. Balter, L., Lothane, Z. & Spencer, J. H. (1980) On the analyzing instrument, *PQ*, 49.
58. Basch, M. F. (1973) Psychoanalysis and theory formation. *Ann. Psychoanal.*, 1.
59. Basch, M. F. (1976) The concept of affect. *JAPA*, 24.
60. Basch, M. F. (1981) Selfobject disorders and psychoanalytic theory. *JAPA*, 29.
61. Basch, M. F. (1983) Emphatic understanding. *JAPA*, 31.
62. Balldry, F. Character. *PMC*. Forthcoming.
63. Balldry, F. (1983) The evolution of the concept of character in Freud's writings. *JAPA*, 31.

64. Begelman, D. A. (1971) Misnaming, metaphors, the medical model and some muddles. *Psychiatry*, 34.
65. Behrends, R. S. & Blatt, E. J. (1985) Internalization and psychological development throughout the life cycle. *PSOC*, 40.
66. Bell, A. (1961) Some observations on the role of the scrotal sac and testicles. *JAPA*, 9.
67. Benedeck, T. (1949) The psychosomatic implications of the primary unit. *Amer. J. Orthopsychiat.*, 19.
68. Beres, C. (1958) Vicissitudes of superego functions and superego precursors in childhood. *FSOC*, 13.
69. Beres, D. Conflict. *PMC*. Forthcoming.
70. Beres, D. (1956) Ego deviation and the concept of schizophrenia. *PSOC*, 11.
71. Beres, D. (1960) Perception, imagination and reality. *IJP*, 41.
72. Beres, D. (1960) The psychoanalytic psychology of imagination. *JAPA*, 8.
73. Beres, D. & Joseph, E. D. (1965) Structure and function in psychoanalysis. *IJP*, 46.
74. Beres, D. (1970) The concept of mental representation in psychoanalysis. *IJP*, 51.
75. Berg, M D. (1977) The externalizing transference. *IJP*, 58.
76. Bergeret, J. (1985) Reflection on the scientific responsibilities of the International Psychoanalytical Association. Memorandum distributed at 34th IPA Congress, Hamburg.
77. Bergman, A. (1978) From mother to the world outside. In: Grolnick et. al. (1978).
78. Bergmann, M. S. (1980) On the intrapsychic function of falling in love. *PQ*, 49.
79. Berliner, B. (1966) Psychodynamics of the depressive character. *Psychoanal. Forum*, 1.
80. Bernfeld, S. (1931) Zur Sublimierungslehre. *Imago*, 17.
81. Bibring, E. (1937) On the theory of the therapeutic results of psychoanalysis. *IJP*, 18.
82. Bibring, E. (1941) The conception of the repetition compulsion. *PQ*, 12.
83. Bibring, E. (1953) The mechanism of depression. In: *Affective Disorders*, ed. P. Greenacre. New York: Int. Univ. Press.
84. Bibring, E. (1954) Psychoanalysis and the dynamic psychotherapies. *JAPA*, 2.
85. Binswanger, H. (1963) Positive aspects of the animus. Zürich: Spring.
86. Bion Francesca Abingdon: Fleetwood Press.
87. Bion, W. R. (1952) Group dynamics. *IJP*, 33.
88. Bion, W. R. (1961) Experiences in Groups. London: Tavistock.
89. Bion, W. R. (1962) A theory of thinking. *IJP*, 40.
90. Bion, W. R. (1962) Learning from Experience. London: William Heinemann.
91. Bion, W. R. (1963) Elements of Psychoanalysis. London: William Heinemann.
92. Bion, W. R. (1965) Transformations. London: William Heinemann.
93. Bion, W. R. (1970) Attention and Interpretation. London: Tavistock.
94. Bion, W. R. (1985) All My Sins Remembered, ed. Francesca Bion. Adingdon: Fleetwood Press.
95. Bird, B. (1972) Notes on transference. *JAPA*, 20.
96. Blanck, G. & Blanck, R. (1974) Ego Psychology. New York: Columbia Univ. Press.
97. Blatt, S. J. (1974) Levels of object representation in anaclitic and introjective depression. *PSOC*, 29.
98. Blau, A. (1955) A unitary hypothesis of emotion. *PQ*, 24.
99. Bleuler, E. (1911) Dementia Praecox or the Group of Schizophrenias. New York: Int. Univ. Press, 1951.
100. Blos, P. (1954) Prolonged adolescence. *Amer. J. Orthopsychiat.*, 24.
101. Blos, P. (1962) On Adolescence. New York: Free Press.
102. Blos, P. (1972) The epigenesia of the adult neurosis. 27.
103. Blos, P. (1979) Modification in the traditional psychoanalytic theory of adolescent development. *Adolescent Psychiat.*, 8.
104. Blos, P. (1984) Son and father. *JAPA*, 32.
105. Blum, G. S. (1963) Prepuberty and adolescence, In *Studies* ed. R. E. Gringer. New York: McMillan.
106. Blum, H. P. Symbolism. *FMC*. Forthcoming.
107. Blum, H. P. (1976) Female Psychology. *JAPA*, 24 (suppl.).

108. Blum, H. P. (1976) Masochism, the ego ideal and the psychology of women. *JAPA*, 24 (suppl).
109. Blum, H. P. (1980) The value of reconstruction in adult psychoanalysis. *IJP*, 61.
110. Blum, H. P. (1981) Forbidden quest and the analytic ideal. *PQ*, 50.
111. Blum, H. P. (1983) Defense and resistance. Foreword. *JAJA*, 31.
112. Blum, H. P., Kramer, Y., Richards, A. K. & Richards, A. D., eds. (1988) *Fantasy, Myth and Reality: Essays in Honor of Jacob A. Arlow*. Madison, Conn.: Int. Univ. Press.
113. Boehm, F. (1930) The femininity-complex In men. *IJP*, 11.
114. Boesky, D. Structural theory. *PMC*. Forthcoming.
115. Boesky, D. (1973) *Дѣја раcontѣ* as a screen defense. *PQ*, 42.
116. Boesky, D. (1982) Acting out. *IJP*, 63.
117. Boesky, D. (1986) Questions about Sublimation In *Psychoanalysis the Science of Mental Conflict*, ed. A. D. Richards & M. S. Willick. Hillsdale, N. J.: Analytic Press.
118. Bornstein, B. (1935) Phobia in a 2 1/2-year-old child. *PQ*, 4.
119. Bornstein, B. (1951) On latency. *PSOC*, 6.
120. Bornstein, M., ed. (1983) Values and neutrality in psychoanalysis. *Psychoanal. Inquiry*, 3.
121. Bowlby, J. (1960) Grief and mourning in infancy and early childhood. *PSOC*. 15.
122. Bowlby, J. (1961) Process of mourning. *IJP*. 42.
123. Bowlby, J. (1980) *Attachment and Loss*, vol. 3. New York: Basic Books.
124. Bradlow, P. A. (1973) Depersonalization, ego splitting, non-human fantasy and shame. *IJP*, 54.
125. Brazelton, T. B., Kozlowsky, B. & Main, M. (1974) The early mother infant interaction. In: *The Effect of the Infant on Its Caregiver*, ed. M. Lewis & L. Rosenblum New York Wiley.
126. Brenner, C. (1957) The nature and development of the concept of repression in Freud's writings. *PSOC*, 12.
127. Brenner, C. (1959) The masochistic character. *JAPA*, 7.
128. Brenner, C. (1973) *An Elementary Textbook of Psycho-analysis*. New York Int. Univ. Press.
129. Brenner, C. (1974) On the nature and development of affects *PQ*, 43.
130. Brenner, C. (1976) *Psychoanalytic Technique and Psychic Conflict*. New York: Int. Univ. Press.
131. Brenner, C. (1979) *The Mind in Conflict*. New York: Int. Univ. Press.
132. Brenner, C. (1979) Working alliance, therapeutic alliance and transference. *JAPA*, 27.
133. Brenner, C. (1981) Defense and defense mechanisms. *PQ*, 50.
134. Brenner, C. (1983) Defense. In: *The Mind in Conflict*. New York Int. Univ. Press.
135. Bressler, B. (1965) The concept of the self. *Psychoanalytic Review*, 52.
136. Breuer, J. & Freud, S. (1983—95) *Studies on Hysteria*. SE, 3.
137. Breznitz, S., ed. (1983) *The Denial of Stress*. New York: Int. Univ. Press.
138. Brody, S. (1964) *Passivity*. New York: Int. Univ. Press.
139. Brown, H. (1970) *Psycholinguistics*. New York: Free Press.
140. Bruner, J. S. (1964) The course of cognitive growth. *Amer. Psychologist*. 19.
141. Bruner, J., Jolly, A. & Syla, K. (1976) *Play*. New York Basic Books.
142. Bruner, J. E., Olver, R. R. & Greenfield, P. M. (1966) *Studies in Cognitive Growth*. New York: Wiley.
143. Buie, D H. (1981) Empathy. *JAPA*, 29.
144. Burgner, M. & Edgeumble, R. (1972) Some problems in the conceptualization of early object relationships. *PSOC*, 27.
145. Call, J. ed. (1979) *Basic Handbook of Child Psychiatry*. New York: Basic Books.
146. Carroll, G. (1956) *Language, Thought and Reality*. Cambridge & London: M. I. T. Press & John Wiley.
147. Cavenar, J. O. & Nash, J. L. (1976) The effects of Combat on the normal personality. *Comprehensive Psychiat.*, 17.
148. Chassequet-Smirgel, J. (1978) Reflections on the connection between perversion and sadism. *IJP*, 59.
149. Chomsky, N. (1978) Language and unconscious knowledge. In: *Psychoanalysis and Language*, ed. J. H. Smith. New Haven: Yale Univ. Press, vol. 3.

150. Clower, V. (1975) Significance of masturbation in female sexual development and function. In: *Masturbation from Infancy to Senescence*, ed. I. Marcus & J. Francis. New York: Int. Uni^m Press.
151. Coen, S. J. & Bradlow, P. A. (1982) Twin transference as a compromise formation. *JAPA*, 30.
152. Compton, A. Object and relationships. *PMC*. Forthcoming.
153. Cullen, W. (1777) *First Lines of the Practice of Psychic*. Edinburgh: Bell, Brandfute.
154. Curtis, B. C. (1969) Psychoanalytic understanding and treatment of impotence. In: *Sexual Function and Dysfunction*, ed. P. J. Fink & V. B. O. Hummett. Philadelphia: F. A. Davis.
155. Darwin, C. (1874) *The Descent of Man*. New York: Hurst.
156. Davidoff-Hirsch, H. (1985) Oedipal and preoedipal phenomena. *JAPA*, 33.
157. Davis, M. & Wallbridge, D. (1981) *Boundary and Space*. New York: Brunner-Mazel.
158. Deutsch, H. (1932) Homosexuality in women. *PQ*, 1.
159. Deutsch, H. (1934) Some forms of emotional disturbance and their relationship to schizophrenia. *PQ*, 11.
160. Deutsch, H. (1937) Absence of grief. *PQ*, 6.
161. Deutsch, H. (1942) Some forms of emotional disturbance and their relationship to schizophrenia. *PQ*, 11.
162. Deutsch, H. (1955) The impostor. In: *Neuroses and Character Types*. New York: Int. Univ. Press, 1965.
163. Devereux, G. (1953) Why Oedipus killed Lains. *IJP*, 34.
164. Dewald, P. (1982) Psychoanalytic perspectives On resistance. In: *resistance, Psychodynamics. and Behavioral Approaches*, ed. P. Wachtel. New York: Plenum Press.
165. Dicks, R. (1963) Fetishistic behavior. *JAPA*. 11.
166. Dicks, R. (1965) The defensive function of an altered state of consciousness. *JAPA*, 13.
167. Dicks, R. (1967) Severe regressive disruption of the therapeutic alliance. *JAPA*, 15.
168. Dicks, R. (1981) Sexual myths and misinformation. In: *Understanding Human Behaviour in Health and Illness*, ed. R. C. Simon & H. Pardes. Baltimore: Williams & Wilkins.
169. Dorpat, T. L. (1985) Denial and Defense in the Therapeutic Situation. New York: Jason Aronson.
170. Downey, T. W. (1978) Transitional phenomena in the analysis of early adolescent males. *PSOC*, 33.
171. Dunbar, F. (1954) *Emotions and Bodily Functions*. New York: Columbia Univ. Press.
172. Easson, W. M. (1973) The earliest ego development, primitive memory traces, and the Isakower phenomenon. *PQ*, 42.
173. Edelheit, H. (1971) Mythopoesis and the primal scene. *Psychoanal. Study Society*, 5.
174. Edgcombe, R. & Burgner, M. (1972) Some problems in the conceptualization of early object relationships, part I. *PSOC*, 27.
175. Edgcombe, R. & Burgner, M. (1975) The phallicnarcissistic phase. *PSOC*, 30.
176. Eidelberg, L. (1960) A third contribution to the study of slips of the tongue. *IJP*, 41.
177. Eidelberg, L. (1968) *Encyclopedia of Psychoanalysis*. New York: The Free Press; London: Collier-MacMillan.
178. Eissler, K. R. (1953) The effect of the structure of the ego on psychoanalytic technique. *JAPA*, 1.
179. Ellenberg, H. F. (1970) *The Discovery of the Unconscious*. New York: Basic Books.
180. Emde, R. N. (1980) *Toward a psychoanalytic theory of affect: I.* & G. H. Pollock. Washington NYMH.
181. Emde R, Gaensbaner, T. & Harmon R. (1976) *Emotional Expression in Infancy*. New York: Int. Univ. Press.
182. Erode R. & Harmon, R. J. (1972) Endogenous and exogenous smiling systems in early infancy. *J. Amer. Acad. Child Psychiat.*, 11.
183. Engel, G. L. (1962) *Psychological Development in Health and Disease*. New York Saunders.
184. Engel, G. L. (1967) Psychoanalytic theory of somatic disorder. *JAPA*, 15.

185. Engel, G. L. (1968) A reconsideration of the role of conversion in somatic disease. *Compr. Psychiat.*, 94.
186. English, H. B. & English, A. C. (1958) *A comprehensive Dictionary of Psychological and Psychoanalytical Terms*. New York: David McKay.
187. Erard, R. (1983) New wine in old skins. *Int. Rev. Psychoanal.*, 10.
188. Erdelyi, M. H. (1985) *Psychoanalysis*. New York: W. H. Freeman.
189. Erikson, E. H. (1950) *Childhood and Society*. New York: Norton.
190. Erikson, E. H. (1956) The concept of ego identity. *JAPA*, 4.
191. Erikson, E. H. (1956) The problem of ego identity. *JAPA*, 4.
192. Esman, A. H. (1973) The primal scene. *PSOC*, 28.
193. Esman, A. H. (1975) *The Psychology of Adolescence*. New York: Int. Univ. Press.
194. Esman, A. H. (1979) Some reflections on boredom. *JAPA*, 27.
195. Esman, A. H. (1983) The "stimulus barrier": a review and reconsideration. *PSOC*, 38.
196. Fairbairn, W. R. D. (1952) *Psychoanalytic Studies of the Personality*. London: Routledge & Kegan Paul.
197. Fairbairn, W. R. D. (1954) *An Object-Relations Theory of the Personality*. New York: Basic Books.
198. Fairbairn, W. R. D. (1963) Synopsis of an Object-Relations theory of the personality. *IJP*, 44.
199. Fawcett, J., Clark, D. C., Scheffner, W. H. & Hedecker, D. (1983) Differences between anhedonia and normal hedonic depressive states. *Arch. Gen. Psychiat.*, 40.
200. Fenichel, O. (1934) On the psychology of boredom. *Collected Papers*. New York: Norton, 1953, vol. 1.
201. Fenichel, O. (1941) *Problems of Psychoanalytic Technique*. Albany, N. Y.: Psychoanalytic Quarterly.
202. Fenichel, O. (1945) Character disorders. In: *The Psychoanalytic Theory of the Neurosis*. New York: Norton.
203. Fenichel, O. (1945) *The Psychoanalytic Theory of Neurosis*. New York: Norton.
204. Fenichel, O. (1954) Ego strength and ego weakness. *Collected Papers*. New York: Norton, vol. 2.
205. Ferenczi, S. (1909) Introjection and transference. In: *Sex in Psychoanalysis*. New York: Basic Books.
206. Ferenczi, S. (1916/17) Disease or patho-neurosis. *The Theory and Technique of Psychoanalysis*. London: Hogarth Press, 1950.
207. Ferenczi, S. (1925) Psychoanalysis of sexual habits. In: *The Theory and Technique of Psychoanalysis*. New York: Basic Books.
208. Fine, B. D., Joseph, E. D. & Waldhorn, H. F., eds. (1971) *Recollection and Reconstruction in Psychoanalysis*. Monograph 4, Kris Study Group. New York: Int. Univ. Press.
209. Fink, G. (1967) Analysis of the Isakower phenomenon. *JAPA*, 15.
210. Fink, P. J. (1970) Correlation between "actual" neurosis and the work of Masters and Johnson. *P. Q.*, 39.
211. Finkenstein, L. (1975) Awe premature ejaculation. *P. Q.*, 44.
212. Firestein, S. K. (1978) A review of the literature. In: *Termination in Psychoanalysis*. New York: Int. Univ. Press.
213. Fisher, C. et. al. (1957) A study of the preliminary stages of the construction of dreams and images. *JAPA*, 5.
214. Fisher, C. et. al. (1968) Cycle of penile erection synchronous with dreaming (REM) sleep. *Arch. Gen. Psychiat.*, 12.
215. Fliess, R. (1942) The metapsychology of the analyst. *PQ*, 12.
216. Fliess, R. (1953) *The Revival of Interest in the Dream*. New York: Int. Univ. Press.
217. Fodor, N. & Gaynor, F. (1950) *Freud: Dictionary of Psychoanalysis*. New York: Philosophical Library.
218. Fordham, M. (1969) *Children as Individuals*. London: Hodder & Stoughton.
219. Fordham, M. (1976) *The Self and Autism*. London: Academic Press.

220. Fraiberg, S. (1969) Object constancy and mental representation. PSOC, 24.
221. Frank, A. *Metapsychology*. PMS. Forthcoming.
222. Frank, A. & Muslin, H. (1967) The development of Freud's concept of primal repression. PSOC, 22.
223. Frank, H. (1977) Dynamic patterns for failure in college students. *Can. Psychiat. Ass. J.*, 22.
224. French, T. & Fromm, E. (1964) *Dream Interpretation*. New York: Basic Books.
225. Freud, A. (1936) *The Ego and the Mechanisms of Defense*. New York Int. Univ. Press.
226. Freud, A. (1951) Observations on child development. PSOC, 6.
227. Freud, A. (1952) The mutual influences in the development of ego and id. WAF, 4.
228. Freud, A. (1958) *Adolescence*. WAF, 5.
229. Freud, A. (1962) Assessment of childhood disturbances. PSOC, 17.
230. Freud, A. (1962) Comments on psychic trauma. In: Furst (1967).
231. Freud, A. (1963) The concept of developmental lines. PSOC, 18.
232. Freud, A. (1965) Assessment of pathology, part 2. WAF, 6.
233. Freud, A. (1965) *Normality and Pathology in Childhood*. New York: Int. Univ. Press.
234. Freud, A. (1970) *The infantile neurosis*. WAF, 7.
235. Freud, A. (1971) Comments on aggression. *IJP*, 53.
236. Freud, A. (1971) *The infantile neurosis*. PSOC, 26.
237. Freud, A. (1981) *Insight*. PSOC, 36.
238. Freud, S. (1887—1902) *Letters to Wilhelm Fliess*. New York: Basic Books, 1954.
239. Freud, S. (1891) On the interpretation of the aphasias. SE, 3.
240. Freud, S. (1893—95) *Studies on hysteria*. SE, 2.
241. Freud, S. (1894) *The neuropsychoses of defence*. SE, 3.
242. Freud, S. (1895) On the ground for detaching a particular syndrome from neurasthenia under the description "anxiety neurosis". SE, 3.
243. Freud, S. (1895) *Project for a scientific psychology*. SE, 1.
244. Freud, S. (1896) *Draft K, Jameary 1, 1896, Neuroses of defense (A Christmas fairytale)*. In: *Extracts from the Fliess papers (1892—99)*.
245. Freud, S. (1896) *Further remarks on the neuropsychosis of defense*. SE, 3.
246. Freud, S. (1896) *Heredity and aetiology of neurosis*. SE, 3.
247. Freud, S. (1898) *Sexuality in the aetiology of the neurosis*. SE, 3.
248. Freud, S. (1899) *Screen memories*. SE, 3.
249. Freud, S. (1900) *The interpretation of dreams*. SE, 4—5.
250. Freud, S. (1901) *Childhood memories and screen memories* SE, 6.
251. Freud, S. (1901) *On dreams*. SE, 5.
252. Freud, S. (1901) *The psychopathology of everyday life*. SE, 6.
253. Freud, S. (1905) *Fragments of an analysis of a case of hysteria*. SE, 7.
254. Freud, S. (1905) *Jokes and their relation to the unconscious*. SE, 8.
255. Freud, S. (1905) *Physical (or mental) treatment*. SE, 7.
256. Freud, S. (1905) *Three essays on the theory of sexuality*. SE, 7.
257. Freud, S. (1908) *Character and anal erotism*. SE, 9.
258. Freud, S. (1908) *On the sexual theories of children*. SE, 9.
259. Freud, S. (1908) *Preface to Wilhelm Stekel's Nervous Anxiety-States and Their Treatment*. SE, 9.
260. Freud, S. (1909) *Analysis of a phobia in a five-year-old boy*. SE, 10.
261. Freud, S. (1909) *Family romances*. SE, 9.
262. Freud, S. (1909) *Notes upon a case of obsessional neurosis*. SE, 10.
263. Freud, S. (1910) *A special type of choice of object made by men*. SE, 11.
264. Freud, S. (1910) *The antiithetical meaning of primal words*. SE, 11.
265. Freud, S. (1910) *The future prospects of psychoanalytic therapy*. SE, 11.
266. Freud, S. (1910) *The psychoanalytic view of psychogenic disturbance of vision*. SE, 11.
267. Freud, S. (1911) *Formulations on the two principles of mental functioning*. SE, 12.
268. Freud, S. (1911) *Notes on a case of paranoia*. SE, 12.

269. Freud, S. (1911) Psychoanalytic notes on an autobiographical account of a case of paranoia. SE, 12.
270. Freud, S. (1911—15) Papers on technique. SE, 12.
271. Freud, S. (1912) Contribution to a discussion on masturbation. SE, 12.
272. Freud, S. (1912) On the universal tendency to abasement in the sphere of love. SE, 11.
273. Freud, S. (1912) The dynamics of transference. SE, 12.
274. Freud, S. (1913) Editor's note The disposition to obsessional neurosis. SE, 12.
275. Freud, S. (1913) On beginning the treatment. SE, 12.
276. Freud, S. (1913) Totem and taboo. SE, 13.
277. Freud, S. (1914) Fausse reconnaissance (дѣяя реcontй) in psychoanalytic treatment. SE, 13.
278. Freud, S. (1914) Mourning and melancholia. SE, 15.
279. Freud, S. (1914) Observations on transference love. SE, 12.
280. Freud, S. (1914) On narcissism. SE, 14.
281. Freud, S. (1914) On the history of the psychoanalytic movement. SE, 14.
282. Freud, S. (1914) Remembering, repeating, and working-through. SE, 12.
283. Freud, S. (1914—16) Some character types met with in psychoanalysis. (II) Those wrecked by success SE, 14.
284. Freud, S. (1915) Das Unbewusste. Gesammelte Werke, 10.
285. Freud, S. (1915) Instincts and their vicissitudes. SE, 14.
286. Freud, S. (1915) Observation on transference-love. SE, 12.
287. Freud, S. (1915) Repression. SE, 14.
288. Freud, S. (1915) The unconscious. SE, 14.
289. Freud, S. (1915—17) Introductory lectures on psychoanalysis. SE, 15 & 16.
290. Freud, S. (1916) Introductory lectures on psychoanalysis. SE, 16.
291. Freud, S. (1916) Some character types met with in psychoanalytic work. SE, 16.
292. Freud, S. (1917) A metapsychological supplement to the theory of dreams. SE, 14.
293. Freud, S. (1917) Introductory lectures on psychoanalysis. SE, 16.
294. Freud, S. (1917) Mourning and melancholia. SE, 14.
295. Freud, S. (1917) On transformations of instinct as exemplified in anal erotism. SE, 17.
296. Freud, S. (1918) From the history of an infantile neurosis. SE, 17.
297. Freud, S. (1919) "A child is being beaten". SE, 17.
298. Freud, S. (1919) Lines of advance in psychoanalytic therapy. SE, 17.
299. Freud, S. (1919) The uncanny. SE, 17.
300. Freud, S. (1920) Beyond the pleasure principle. SE, 18.
301. Freud, S. (1920) The Psychogenesis of a case of homosexuality in a woman. SE, 18.
302. Freud, S. (1921) Group psychology and the analysis of the ego. SE, 18.
303. Freud, S. (1923) The ego and the id. SE, 19.
304. Freud, S. (1923) The infantile genital organization. SE, 19.
305. Freud, S. (1924) A short account of psychoanalysis. SE, 19.
306. Freud, S. (1924) Neurosis and psychosis. SE, 19.
307. Freud, S. (1924) The dissolution of the Oedipus complex SE, 19.
308. Freud, S. (1924) The economic problem of masochism. SE, 19.
309. Freud, S. (1924) The loss of reality in neurosis and psychosis. SE, 19.
310. Freud, S. (1925) Negation. SE, 19.
311. Freud, S. (1925) Some psychical consequences of the anatomical distinction between the sexes. SE, 19.
312. Freud, S. (1926) Inhibitions, symptoms and anxiety. SE, 20.
313. Freud, S. (1926) The question of lay analysis. SE, 20.
314. Freud, S. (1927) Fetishism. SE, 21.
315. Freud, S. (1930) Civilization and its discontents. SE, 21.
316. Freud, S. (1931) Female sexuality. SE, 21.
317. Freud, S. (1931) Libidinal types. SE, 21.
318. Freud, S. (1933) Femininity. SE, 22.
319. Freud, S. (1933) New introductory lectures on psycho-analysis. SE, 22.

320. Freud, S. (1933) The psychology of women. New introductory lectures on psychoanalysis. SE, 22.
321. Freud, S. (1936) A disturbance of memory on the Acropolis. SE, 22.
322. Freud, S. (1937) Analysis terminable and interminable. SE, 23.
323. Freud, S. (1937) Constructions in analysis. SE, 23.
324. Freud, S. (1938) An outline on psychoanalysis. SE, 23.
325. Freud, S. (1938) Splitting of the ego in the process of defense. SE, 23.
326. Freud, S. (1939) Moses and monotheism. SE, 23.
327. Freud, S. (1940) An outline of psychoanalysis. SE, 23.
328. Frosch, J. (1966) A note on reality constancy. In: *Psychoanalysis — A General Psychology*, ed. R. M. Loewenstein, L. M. Newman, M. Schur & A. J. Solnit. New York: Int. Univ. Press.
329. Frosch, J. (1967) Delusional fixity sense of conviction and the psychotic conflict. IJP, 48.
330. Frosch, J. (1977) The relation between acting out and disorders of impulse control. *Psychiatry*, 40.
331. Frosch, J. (1980) Neurosis and psychosis. In: *The Course of Life*, ed. S. J. Greenspan & G. H. Pollock. Washington, D. C.: National Institute of Health, vol. 3.
332. Frosch, J. (1983) *The Psychotic Process*. New York: Int. Univ. Press.
333. Furer, M. (1972) The history of the superego concept in psychoanalysis. In: *Moral Value and the Superego concept in Psychoanalysis*, ed. S. C. Fost. New York: Int. Univ. Press.
334. Furman, E. (1974) *A Child's Parent Dies*. New Heaven: Yale Univ. Press.
335. Furman, E. (1980) Transference and externalization. *PSOC*, 35.
336. Furst, S. *Trauma*. PMC, Forthcoming.
337. Furst, S. (1967) Psychic trauma. In: *Psychic Trauma*, ed. S. S. Furst. New York: Basic Books.
338. Furst, S. (1978) The stimulus barrier and the pathogenicity of trauma. IJP, 59.
339. Gaddini, R. (1978) Transitional object and the psychosomatic symptom. In: *Grolnich et. al.* (1978).
340. Galenson, E. & Roiphe, H. (1976) Some suggested revisions concerning early female development. *JAPA*, 24(5).
341. Galenson, E. & Roiphe, H. (1980) The preoedipal development of the boy. *JAPA*, 28.
342. Galenson, E. & Roiphe, H. (1981) *Infantile Origins of Sexual Identity*. New York: Int. Univ. Press.
343. Ganzarain, R. *Group psychology*. PMC. Forthcoming.
344. Ganzarain, R. (1980) Psychotic-like anxieties and primitive defenses. *Issues on Ego Psychology*, 3(2).
345. Ganzarain, R. (1988) A comparative study of Bion's concepts about groups. In: *Object Relations Group Psychotherapy*. Madison, Ct.: Int. Univ. Press.
346. Gediman, H. K. (1971) The concept of the stimulus barrier. IJP, 52.
347. Gedo, J. & Goldberg, A. (1973) *Models of the Mind*. Chicago & London: Univ. of Chicago Press.
348. Geerts, A. E. & Prehardt, E., reporters (1978) Colloquium on "trauma". IJP, 59.
349. Gero, G. (1943) The idea of psychogenesis in modern psychiatry and in psychoanalysis. *Psychoanal. Rev.*, 30.
350. Gill, M. M. (1963) Topography and Systems in Psychoanalytic Theory. *Psychol. Issues, Monogr.* 10. New York: Int. Univ. Press.
351. Gill, M. M. (1967) The primary process in motives and thought. In: *Motives and Thought*, ed. R. R. Holt. New York: Int. Univ. Press.
352. Gill, M. M. (1974) Psychoanalysis and psychotherapy. *Int. Rev. Psychoanal.*, 11.
353. Gill, M. M & Rapaport, D. (1942) A case of amnesia and its bearing on the theory of memory. *Character and Personality*, 11.
354. Gillespie, W. (1956) The general theory of Sexual perversion. IJP, 37.
355. Glenn, J. (in press) A parameter. In: *Annu. Psychoanal.*
356. Glenn, J. & Kaplan, E. H. (1968) Types of orgasm in women. *JAPA*, 16.
357. Glower, E. (1929) The "screening" function of traumatic memories. IJP, 4.
358. Glower, E. (1931) Sublimation, substitution, and social anxiety. IJP, 12.

359. Glower, E. (1933) The relation of perversion-formation to the development of reality sense. *IJP*, 14.
360. Glower, E. (1955) The terminal phase. In: *The Technique of Psychoanalysis*. New York: Int. Univ. Press.
361. Goldberg, A. (1975) The evolution of psychoanalytic concepts of depression. In: *Depression and Human Existence*, ed. E. J. Anthony & T. Benedeck. Boston: Little, Brown.
362. Goldberg, A. ed. (1978) *The Psychology of the Self*. New York: Int. Univ. Press.
363. Goldberg, A. (1983) Self psychology and alternate perspectives on internalization. In: *Reflections on Self Psychology*, ed. J. Lichtenberg & S. Kaplan. Hillsdale, N. J.: Analytic Press.
364. Green, A. (1978) Potential space in Psychoanalysis. In: Grolnick et. al. (1978).
365. Greenacre, P. (1949) A contribution to the study of screen memories. *FSOC*, 3/4.
366. Greenacre, P. (1950) General problems of acting out. *PQ*, 19.
367. Greenacre, P. (1950) Special problems of early female sexual development. In: *Trauma, Growth and Personality* New York: Int. Univ. Press.
368. Greenacre, P. (1952) Preenatal patterning. *IJP*, 33.
369. Greenacre, P. (1953) Penis awe and its relation to penis envy. In: *Drives, Affects, Behavior*, ed. R. M. Loewenstein. New York: Int. Univ. Press.
370. Greenacre, P. (1956) Experiences of awe in childhood. *PSOC*, 11.
371. Greenacre, P. (1957) The childhood of the artist. *PSOC*, 12.
372. Greenacre, P. (1958) The family romance of the artist. In: *Emotional Growth*. New York: Int. Univ. Press, 1971, vol. 2.
373. Greenacre, P. (1958) The relation of the impostor to the artist. In: *Emotional Growth*. New York: Int. Univ. Press, 1971, vol. 1.
374. Greenacre, P. (1968) Perversions. *PSOC*, 23.
375. Greenacre, P. (1969) The fetish and the transitional object, part 1. *PSOC*, 24.
376. Greenacre, P. (1970) The fetish and the transitional object, part 2. *IJP* 51, vol. 4.
377. Greenacre, P. (1970) The transitional object and the fetish. In: *Emotional Growth*. New York: Int. Univ. Press.
378. Greenacre, P. (1972) Crowds and crisis. *PSOC*, 27.
379. Greenacre, P. (1973) The primal scene and the sense of reality. *PQ*, 42.
380. Greenacre, P. (1975) On reconstruction. *JAPA*, 21.
381. Greenberg, J. R. & Mitchell, S. A. (1983) *Object Relations in Psychoanalytic Theory*. Cambridge: Harvard Univ. Press.
382. Greenson, R. R. (1949) The psychology of apathy. *PQ*, 18.
383. Greenson, R. R. (1953) On boredom. *JAPA*, 1.
384. Greenson, R. R. (1960) Empathy and its vicissitudes. *IJP*, 41.
385. Greenson, R. R. (1962) On enthusiasm. *JAPA*, 10.
386. Greenson, R. R. (1965) The working alliance and the transference neurosis. *PQ*, 34.
387. Greenson, R. R. (1967) *The technique and Practice of Psychoanalysis*. New York: Int. Univ. Press.
388. Greenson, R. R. (1978) *Exploration in Psychoanalysis*. New York: Int. Univ. Press.
389. Greenspan, S. & Pollock, G., eds. (1980) *The Course of Life*. Vol. 1. Washington, D. C.: U. S. Government Printing office.
390. Grinberg, L., Sor, D. & Tabak de Bianchedi, E. (1975) Introduction to the Work of Bion, trans. A. Hahn. Scotland: Clunie Press.
391. Grinker, E. R (1945) Psychiatric disorders in combat crews overseas and in returnees. *Med. Clin. North. Amer.*, 29.
392. Grinstein, A. (1983) *Freud's Rules of Dream Interpretation*. New York: Int. Univ. Press.
393. Grolnick, S., Barkin, L. & Muensterberger, W., eds. (1978) *Between Reality and Fantasy*. New York: Jason Aronson.
394. Grosskurth, P. (1986) *Melanie Klein*. New York: Alfred Knopf.
395. Grossman, W. E. & Stewart, W. A. (1976) Penis envy. *JAPA*, 24 (5).
396. Grotstein, J. S. (1981) *Splitting and Projective Identification*. New York: Jason Aronson.

397. Guntrip, H. (1961) *Personality Structure and Human Interaction*. New York: Int. Univ. Press.
398. Guntrip, H. (1968) *Schizoid Phenomena, Object-Relations and the Self*. London: Hogarth Press.
399. Harley, M. (1967) Transference developments in a five-year old child. In: *the Child Analyst at Work*, ed. E. Geleerd. New York: Int. Univ. Press.
400. Harley, M. (1974) *Analyst and Adolescent at Work*. New York: Quadrangle.
401. Harley, M. (1986) *Child analysis, 1947—1984, a retrospective*. PSOC, 41.
402. Harre, R. and Lamb, R. (1983) *The Encyclopedia Dictionary of Psychology*. Cambridge: M. I. T. Press.
403. Harrison, J. B. (1975) On the maternal origins of awe. PSOC, 30.
404. Harrison, J. B. (1979) On Freud's view of the infant-mother relationship and of the oceanic feeling. JAPA, 27.
405. Harrison, S. J. (1970) Is psychoanalysis "our science?". JAPA, 18.
406. Hartmann, H. PSOC, 5.
407. Hartmann, H. (1937) *Ego Psychology and the Problem of Adaptation*. New York: Int. Univ. Press.
408. Hartmann, H. (1939) *Ego Psychology and the Problem of Adaptation*. New York: Int. Univ. Press, 1958.
409. Hartmann, H. (1939) *Psychoanalysis and the concept of health*. In: Hartmann (1964).
410. Hartmann, H. (1947) On rational and irrational action. In: *Essays on Ego Psychology*. New York: Int. Univ. Press, 1964.
411. Hartmann, H. (1948) Comments on the theory of instinctual drives. PQ, 17.
412. Hartmann, H. (1950) Comments on the psychoanalytic theory of the ego. New York: Int. Univ. Press.
413. Hartmann, H. (1951) Technical implications of ego psychology PQ, 20.
414. Hartmann, H. (1952) The mutual influences in the development of ego and id. PSOC, 7.
415. Hartmann, H. (1953) Contribution to the metapsychology of schizophrenia. In: Hartmann, PSOC, 8.
416. Hartmann, H. (1953) The metapsychology of schizophrenia. PSOC, 8.
417. Hartmann, H. (1955) Notes on the theory of sublimation. PSOC, 10.
418. Hartmann, H. (1956) The development of the ego concept in Freud's work. IJP, 37.
419. Hartmann, H. (1964) *Essays in Ego Psychology*. New York Int. Univ. Press.
420. Hartmann, H. (1964) The development of the ego concept in Freud's work. IJP, 37.
421. Hartmann, H., Kris, E. & Loewenstein, R. M. (1946) Comments in the formation of psychic structure. PSOC, 2.
422. Hartmann, H., Kris, E. & Loewenstein, R. M. (1949) Notes on the theory of aggression. PSOC, 3/4.
423. Hartmann, H. & Loewenstein, R. M. (1962) Notes on the superego. PSOC, 17.
424. Hassler, A. D. (1960) Guideposts of migrating fish. *Science*, 122.
425. Hastings, D. W. (1963) *Impotence and Frigidity*. Boston: Little, Brown.
426. Heimann, P. (1952) Certain functions of introjection and projection in early infancy. In: Klein et al. (1952).
427. Heimann, P. & Valenstein, A. F. (1962) Notes on the anal stage IJP, 43.
428. Heimann, P. & Valenstein, A. F. (1972) The psychoanalytical concept of aggression. IJP, 53.
429. Hendrick, I. (1958) *Facts and Theories of Psychoanalysis*, 3rd ed. New York: Alfred Knopf.
430. Hill, M. (1982) Analysis of transference. In: *Theory and Technique*, vol. 1. New York: Int. Univ. Press.
431. Hoffer, W. (1949) Mouth, hand, and ego integration. PSOC, 3/4.
432. Holder, A. (1982) Preoedipal contributions to the formation of the superego. PSOC, 37.
433. Holt, R. R. (1964) The emergence of cognitive psychology JAPA, 12.
434. Holt, R. R. (1967) Beyond vitalism and mechanism. In: *Science and Psychoanalysis*, ed. J. H. Masserman. New York: Grune & Stratton, vol. 2.

435. Hook, S. (1959) *Psychoanalysis, Scientific Method and Philosophy*. New York: Grove Press.
436. Horney, K. (1924) On the genesis of the castration complex in women. *IJP*, 5.
437. Horney, K. (1926) The flight from womanhood. *IJP*, 7.
438. Horowitz, M. J. (1972) Modes of representation of thought. *JAJA*, 20.
439. Horowitz, M. J. (1979) *States of Mind*, 2d. ed. New York: Plenum, 1987, chap. 3.
440. Hurvich, M. (1970) On the concept of reality testing. *IJP*, 51.
441. Isaacs, S. (1952) The nature and function of phantasy. In: Klein et. al. (1952).
442. Isakower, O. (1938) A contribution to the pathopsychology of phenomena associated with falling asleep. *IJP*, 19.
443. Isakower, O. (1963) Minutes of the faculty meeting. New York Psychoanalytic Institute, Oct. 14—Nov. 20. A. Z. Pfeffer, reporter.
444. Isay, R. A. (1986) Homosexuality in homosexual and heterosexual men. In: *The Psychology of Men*, ed. G. Fogel, F. Lane & R. Liebert. New York: Basic Books.
445. Jacobi, J. (1959) *Complex (Archetype) Symbol in the Work of C. G. Jung*. Princeton, N. J.: Princeton Univ. Press.
446. Jacobs, T. J. (1986) Transference relationships, relationships between transferences and reconstruction. In: *Psycho-analysis, the Science of Mental Conflict*, ed. A. D. Richards & M. S. Willick. Hillsdale N. J.: Analytic Press.
447. Jacobson, E. (1953) Contribution to the metapsychology of cyclothymic depression. In: *Affective Disorders*, ed. P. Greenacre. New York: Int. Univ. Press.
448. Jacobson, E. (1954) Contribution to the metapsychology of psychotic identifications. *JAPA*, 2.
449. Jacobson, E. (1957) Normal and pathological moods. *PSOC*, 12.
450. Jacobson, E. (1959) Depersonalization. *JAPA*, 7.
451. Jacobson, E. (1964) *The Self and the Object World*. New York: Int. Univ. Press.
452. Jacobson, E. (1967) *Psychotic Conflict and Reality*. New York: Int. Univ. Press.
453. Jacobson, E. (1971) *Depression*. New York: Int. Univ. Press.
454. Jacobson, E. (1971) *Depression: Comparative Studies of Normal, Neurotic and Psychotic Conditions*. Madison, Conn.: Int. Univ. Press.
455. Jacobson, E. (1971) Normal and pathological moods. In: *Depression*. New York: Int. Univ. Press.
456. Jacobson, E. (1975) The regulation of self-esteem. In: *Depression and Human Existence*. ed. E. J. Anthony & T. Benedeck. Boston: Little, Brown.
457. Jaffe, A. (1971) *The Myth of Meaning*. New York: Putnam.
458. Jaffe, D. S. (1970) Forgetting and remembering. *P. Q.*, 39.
459. Janet, Dr. Pierre (1924) *Principles of Psychotherapy*. New York: Macmillan.
460. John, E. R. (1976) A model of consciousness. In: *Consciousness and Self-Regulation*, ed. G. E. Schwartz & D. Shapiro. New York: Plenum Press, 1976, vol. 1.
461. Jones, E. (1908) Rationalization in everyday life *J Abnorm. Psychol.*, 3: 161—169.
462. Jones, E. (1918) Anal-erotic character traits. In: *Papers on Psychoanalysis London—Balliere Tindall & Cox, 1948*.
463. Jones, E. (1931) The concept of a normal mind. In: *Papers on Psychoanalysis, 5th ed.*, London. Baillière, Tindall & Cox, 1948.
464. Jones, E. (1933) The phallic phase. *IJP*, 14.
465. Jones, E. (1934) Editorial preface to the *Collected Papers of Sigmund Freud*, 4. London—Hogarth Press.
466. Jones, E. (1941) Evolution and revolution. *IJP*, 22.
467. Jones, E. (1949) *Hamlet and Oedipus*. New York: Norton.
468. Jones, E. (1957) *The life and work of Sigmund Freud*, vol. 3. New York: Basic Books.
469. Joseph, E. D. (1965) *Regressive Ego Phenomena in Psychoanalysis. Monograph I*, Kris Study Group. New York Int. Univ. Press.
470. Joseph, E. D. (1966) Memory and conflict. *PQ*, 35.

471. Joseph, E. D. & Wallerstein, R. S (1982) *Psychotherapy*. New York: Int. Univ. Press.
472. Jung, C. G. (1921—57) *Collected Works of C. G. Jung* Princeton, N. J.: Princeton Univ. Press.
473. Jung, C. G. (1938) Psychological aspects of the mother archetype. In: *Collected Works*, vol. 9, pt. 1.
474. Jung, C. G. (1957) *Animus and Anima*. Zurich: Spring.
475. Jung, C. G. (1963) *Memories Dreams, Reflections*. New York Pantheon.
476. Kamyer, M. (1985) Identification and its vicissitudes. *IJP*, 66.
477. Kandell, E (1976) *Cellular Basis of Behavior*. San Francisco— W H. Freeman.
478. Kanzer, M. (1948) The passing of the Oedipus complex' in Greek drama. *IJP*, 29.
479. Kanzer, M. (1964) On interpreting the Oedipus plays Psychoanal Study Society, 3.
480. Kanzer, M. (1981) Freud's "analytic pact". *JAPA*, 29.
481. Kardiner, A. (1941) *The Traumatic Neurosis of War* New York: Hoeber.
482. Karma, L. (1981) A clinical report of penis envy. *JAPA*, 29.
483. Karush, A., Daniels, C. E., Flood, C. & O'Connor, J. F. (1977) *Psychotherapy in Chronic Ulcerative Colitis*. Philadelphia: Sannanders.
484. Katan, A. (1972) The infant's first reaction to strangers. *IJP*, 53.
485. Katan, M. (1940) The role of the word in mania. *Bull. Phi la. Assn. Psychoanal.*, 22.
486. Katz, J. (1963) On primary gain and secondary gain. *PSOC*, 18.
487. Katz, J. (1985) Book review of Melanie Klein by Hanna Segal. New York: Viking Press. 1980 *JAPA*, 33 (suppl.).
488. Kaywin, L. (1966) Problems of sublimation. *JAPA*, 14.
489. Kernberg, O. F. (1966) Structural derivations of object relationships. *IJP*, 47.
490. Kernberg, O. F. (1967) Borderline personality organization. *JAPA*, 15.
491. Kernberg, O. F. (1975) *Borderline Conditions and Pathological Narcissism*. New York: Jason Aronson.
492. Kernberg, O. F. (1976) *Object Relations Theory and Clinical Psychoanalysis*. New York: Jason Aronson.
493. Kernberg, O. F. (1977) Boundaries and structure in love relations. *JAPA*, 25.
494. Kernberg, O. F. (1980) Fairbairn's theory and challenge. In: *Internal World and External Reality: Object Relations Theory Applied*. New York: Jason Aronson.
495. Kernberg, O. F. (1980) *Internal World and External Reality*. New York: Jason Aronson.
496. Kernberg, O. F. (1984) *Severe Personality Disorders*. New Haven: Yale Univ. Press.
497. Kessler, J. W. (1970) Contributions of the mentally retarded toward a theory of cognitive development. In: *Cognitive Studies*, ed. J. Hellmuth. New York Brunner/Mazel.
498. Kestenber, J. S. (1967) Phases of adolescence. *J. Amer. Acad. Child. Psychiat.*, 6.
499. Khan, M. (1982) Introduction. In: D. W. Winnicott, *Through Paediatrics to Psychoanalysis*. London: Hogarth Press.
500. Klein, G. S. (1966) The several grades of memory. In: *Psychoanalysis. A General Psychology*, pd. H. M. Lowenstein, L M. Newman, M. Schur & A. J. Solnit. New York Int. Univ. Press.
501. Klein, M. (1932) *The Psychoanalysis of Children* London: Hogarth Press.
502. Klein, M. (1946) Notes on some schizoid mechanisms *IJP*, 27.
503. Klein, M. (1948) *Contributions to Psychoanalysis, 1921—45*. London: Hogarth Press.
504. Klein, M. (1950) *Narrative of a Child Analysis*. New York Basic Books.
505. Klein, M. (1957) *Envy and Gratitude*. New York: Basic Books.
506. Klein, M. (1957) On identification. In: *New Directions in Psychoanalysis*, ed. M. Klein, P. Heimann & R. Money-Kyrle. New York: Basic Books.
507. Klein, M. (1959) On the development of Mental functioning. In: *Envy and Gratitude* London: Delacorte Press, 1975.
508. Klein, M., Heimann, P., Isaacs, S. & Riviere J. (eds.) (1952) *Developments in Psychoanalysis*. London: Hogarth Press.
509. Knight, R. P. (1953) Borderline states. *Bull. Menn. Clin.*, 17.

510. Knight, R. P. (1972) *Clinician and Therapist: Selected Papers of Robert P. Knight*, ed. Stuart C. Miller. New York: Basic Books.
511. Kohut, H. (1959) Introspection, empathy, and psycho-analysis. *JAPA*, 7.
512. Kohut, H. (1971) *The Analysis of the Self*. New York: Int. Univ. Press.
513. Kohut, H. (1977) *The Restoration of the Self*. New York: Int. Univ. Press.
514. Kohut, H. (1978) *The Search for the Self*, ed. P. Ornstein. New York: Int. Univ. Press.
515. Kohut, H. (1984) *How Does Analysis Cure?* ed. A. Goldben & P. Stepansky. Chicago: Univ. Chicago Press.
516. Kohut, H. & Wolf, E. S. (1978) The disorders of the self and their treatment. *IJP*, 59.
517. Krapf, E. E. (1961) The concept of normality and mental health in psychoanalysis. *IJP*, 59.
518. Kreisler, L. (1984) Fundamentals for a psychosomatic pathology of infants. In: *Frontiers of Infant Psychiatry*, ed. J. D. Call, E. Galenson & R. L. Tyson. New York: Basic Books, vol. 2.
519. Kris, A. O. (1982) *Free Association*. New Haven: Yale Univ. Press.
520. Kris, A. O. (1984) The conflicts of ambivalence. *PSOC*, 39.
521. Kris, E. (1951) Ego psychology and interpretation in psychoanalytic therapy. *P. Q*, 20.
522. Kris, E. (1952) *Psychoanalytic Exploration in Art*. New York: Int. Univ. Press.
523. Kris, E. (1956) On some vicissitudes of insight in psychoanalysis. *IJP*, 37.
524. Kris, E. (1956) The personal myth. *JAPA*, 4.
525. Kris, E. (1956) The recovery of childhood memories in psychoanalysis. *PSOC*, 11.
526. Krupnick, J. L. & Horowitz, M. J. (1981) Stress response syndromes. *Arch. Gen. Psychiat.*, 38.
527. Krystal, H. ed. (1968) *Massive Psychic Trauma*. New York: Int. Univ. Press.
528. Krystal, H. (1978) Trauma and affects. *PSOC*, 33.
529. Krystal, H. (1981) The hedonic element in affectivity. *J. Psychoanal.*, 9.
530. Krystal, H. (1982) Alexithymia and the affectiveness of psychoanalytic treatment. *Int. J. Psychoanal. Psychother.*, 9.
531. Kubie, L. S. (1947) The fallacious use of quantitative concepts in dynamic psychology. *P. Q*, 16.
532. Kubie, L. S. (1962) The fallacious misuse of the concept of sublimation. *PQ*, 31.
533. Kubie, L. S. (1972) Personal communication.
534. Kubie, L. S. (1975) The language tools of psychoanalysis. *Int. Rev. Psychoanal.*, 2.
535. Labov, W. (1972) *Language in the Inner City*. Philadelphia: Univ. Penn. Press.
536. Lagache, D. (1953) Behavior and psychoanalytic experience. In *Drives, Affects, Behavior*, ed. R. Loewenstein. New York: Int. Univ. Press.
537. Langer, S. K. (1962) Problems and techniques of psychoanalytic validation and progress. In: *Psychoanalysis as Science*, ed. E. Pumphlin-Mindlin. Stanford: Stanford Univ. Press.
538. Langer, W. (1958) The next assignment. *Amer. Imago*, 15.
539. Langhlin, H. P. (1967) *The Neurosis*. Washington: Butterworth.
540. Laplanche, J. & Pontalis, J. B. (1967) *Vocabulaire de la Psychoanalyse*. Paris: Presses Universitaires de France.
541. Laplanche, J. & Pontalis, J. B. (1973) *The Language of Psychoanalysis*. London: Hogarth Press.
542. Laplanche, J. & Pontalis, J. B. (1983) *The Language of psychoanalysis*. London: Hogarth Press.
543. Laseque, C. (1977) Les exhibitionnistes. *L'Union Medicale, Froisieme Serie*, 23.
544. Leaff, L. A. (1971) Affect versus feeling. *JAPA*, 19.
545. Leon, I. G. (1984) Psychoanalysis, Piaget and attachment. *Int. Rev. Psychoanal.*, 11.
546. Lerner, H. E. (1976) Parental Mislabeling of female genitals as a determinant of penis envy and learning inhibitions in women. *JAPA*, 24 (suppl.).
547. Levey, M. (1985) The concept structure in psychoanalysis. *Annu. Psychoanal.* 12—13.
548. Levy, D. (1983) Wittgenstein on the form of psychoanalytic interpretation. *Int. Rev. Psychoanal.*, 10.
549. Levy, S. T. (1984) *Principles of Interpretation*. New York: Aronson.

550. Levy, S. T. (1984) Psychoanalytic perspectives on emptiness. *JAPA*, 32.
551. Levy, S. T. (1985) Empathy and psychoanalytic technique. *JAPA*, 33.
552. Lewin, B. D. (1933) The body as phallus. *PQ*, 2.
553. Lewin, B. D. (1946) Sleep, the mouth, and the dream screen. *PQ*, 15.
554. Lewin, B. D. (1950) *The Psychoanalysis of Elation*. New York: Norton.
555. Lewin, B. D. (1953) Reconsideration of the dream screen. *PQ*, 22.
556. Lewis, H. B. (1971) *Shame and Guilt in Neurosis*. New York: Int. Univ. Press.
557. Lichtenberg, J., Bornstein, M. & Silver, D., eds. (1984) *Empathy*, vols. 1—2. Hillsdale & London: Analytic Press.
558. Lichtenberg, J. D. & Kaplan, S. (1983) *Reflections on Self Psychology*. Hillsdale, N. J.: Analytic Press.
559. Lichtenberg, J. D. & Slap, J. W. (1973) Notes on the concept of splitting and defense mechanism of splitting of representations. *JAPA*, 21.
560. Lichtenstein, H. (1961) Identity and sexuality. *JAPA*, 9.
561. Lichtenstein, H. (1970) Changing implications of the concept of psychosexual development. *JAPA*, 18.
562. Lidz, T., Fleck, S. & Cornelison, A. R. (1965) *Schizophrenia and the Family*. New York: Int. Univ. Press.
563. Lifschutz, J. E. (1976) A critique of reporting and assessment in the training analysis. *JAPA*, 24.
564. Limentani, A. (1979) The significance of transsexualism in relation to some basic psychoanalytic concepts. *Int. Rev. Psychoanal.*, 6.
565. Loewald, H. W. (1951) Ego and reality. *IJP*, 32.
566. Loewald, H. W. (1959) The waning of the Oedipus complex. *JAPA*, 27.
567. Loewald, H. W. (1962) Internalization, separation, mourning, and the superego. *PQ*, 31.
568. Loewald, H. W. (1971) Some considerations on repetition and repetition compulsion. *IJP*, 52.
569. Loewald, H. W. (1973) On internalization. *IJP*, 54.
570. Loewenstein, R. M. (1951—72) *Practice and Precept in Psychoanalytic Technique*. New Haven: Yale Univ. Press, 1982.
571. Loewenstein, R. M. (1951) The problem of interpretation. *PQ*, 20.
572. Loewenstein, R. M. (1957) A contribution to the psychoanalytic theory of masochism. *JAPA*, 5.
573. Loewenstein, R. M., Newman, L. M., Schur, M. & Solnit, A. J., eds. (1966) *Psychoanalysis — A General Psychology*. New York: Int. Univ. Press.
574. Lorand, S. (1950) *Clinical Studies in Psychoanalysis*. New York: Int. Univ. Press.
575. Lowinger, J. (1976) *Ego Development*. San Francisco: Jossey Bass.
576. Luria, A. R. (1978) The human brain and conscious activity. In: *Consciousness and Self-Regulation*, ed. G. E. Shwartz & D. Shapiro. New York: Plenum Press, 1978, vol. 2.
577. Lustman, J. (1977) On splitting. *PSOC*, 32.
578. Lynd, H. M. (1961) *On Shame and the Search for Identity* New York: Science Editions.
579. Madow, Z. & Snow, L. H., eds. (1970) *The Psychodynamic Implications of the Physiological Studies on Dreams*. Springfield, Ill: Thomas.
580. Mahler, M. S. (1952) On child psychosis and schizophrenia. *PSOC*, 7.
581. Mahler, M. S. (1963) Thoughts and development and individuation. *PSOC*, 12.
582. Mahler, M. S. (1966) Notes on the development of basic moods: the depressive affect in psychoanalysis. In: *Psychoanalysis — A General Psychology*, ed. R. M. Loewenstein, L. M. Newman, M. Schur & A. J. Solnit. New York: Int. Univ. Press.
583. Mahler, M. S. (1968) *On Human Symbiosis and the Vicissitudes of Individuation*. New York: Int. Univ. Press.
584. Mahler, M. S. (1975) Discussion on Bernard L. Pacella's paper. *JAPA*, 23.
585. Mahler, M. S. (1975) On the current status of infantile neurosis. *JAPA*, 23.
586. Mahler, M. S. (1979) *Selected Papers of Margaret S. Mahler*, vol. 2. New York: Jason Aronson.

587. Mahler, M. S. & Purer, M. (1968) *On Human Symbiosis and the Vicissitudes of Individuation*. New York: Int. Univ. Press.
588. Mahler, M. S. & Gosliner, B. J. (1955) On Symbiotic child psychosis. *PSOC*, 10.
589. Mahler, M. S., Pine, F. & Bergman, A. (1975) *The Psychological Birth of the Human Infant*. New York: Basic Books.
590. Mahony, P. (1979) The boundaries of free association. *Psychoanal. Contemp. Thought*, 2.
591. Malcove, L. (1975) The analytic situation (and Panel discussion). *J. Phila. Assn. Psychoanal.*, 2.
592. Marcovitz, E. (1973) On confidentiality in psychoanalysis. *Bull. Phila. Assn. Psychoanal.*, 23.
593. Marcus, I. M. & Francis, J. J. (1975) *Masturbation*. New York: Int. Univ. Press.
594. Marty, P. & de M'Uzan, M. (1963) La pensée opératoire. *Rev. Psychoanalytique*, 27 suppl.
595. Masson, J. M. (1980) *The Oceanic Feeling*. Boston: D. Reidel Publishing Company.
596. Masters, W. H. & Johnson, V. E. (1966) *Human Sexual Response*. Boston: Little, Brown.
597. McDaugall, J. (1984) The "dis-affected" patient. *PQ*, 53.
598. McDevitt, J. B. (1975) Separation-individuation and object constancy. *JAPA*, 23.
599. Meehl, P. E. (1962) Hedonic capacity. *Bull. Menn. Clin.*, 39.
600. Meissner, W. H. (1978) *The Paranoid Process*. New York: Aronson.
601. Meissner, W. W. (1979) Internalization and object relations. *JAPA*, 27.
602. Meissner, W. W. (1981) Internalization in Psychoanalysis. New York: Int. Univ. Press.
603. Meissner, W. W. (1981) Metapsychology: who needs it. *JAPA*, 29.
604. Meissner, W. W., Mack, J. E. & Semrad, E. V. (1975) *Classical Psychoanalysis*. In: *Comprehensive Textbook of Psychiatry*, ed. A. M. Freedman, H. I. Kaplan & J. Sadock. Baltimore: Williams & Wilkins.
605. Menninger, W. (1943) Characterologic and symptomatic expressions related to the anal phase of psycho sexual development. *PQ*, 12.
606. Mesmer, Franz Anton (1965) *The Nature of Hypnosis*, ed. Ronald E. Shor and Martin T. Orne. New York: Holt, Rinehart and Winston.
607. Metcalf, D. & Spitz, R. A. (1978) The transitional object. In: Grolnick et al. (1978).
608. Meyer, B. C. (1972) The contribution of psychoanalysis to biography. *Psychoanal. Contemp. Sci.*, 1.
609. Meyer, J. (1982) The theory of gender identity disorders. *JAPA*, 30.
610. Meyer, J. (1985) Ego-dystonic homosexuality. In: *Comprehensive Textbook of Psychiatry*, 4th ed., ed. H. Kaplan & B. Sadock. Baltimore: Williams & Wilkins.
611. Meyer, J. (1985) Paraphilia. In: *Comprehensive Textbook of Psychiatry*, ed. H. Kaplan & B. Sadock. Baltimore, Williams & Wilkins, 4th ed.
612. Michaels, R. & Gaeger, R. K. *Adaptation*. PMC. Forthcoming.
613. Milrod, D. (1982) The wished-for-self-image. *PSOC*, 37.
614. Modell, A. H. (1958) The Theoretical implications of hallucinatory experiences in schizophrenia. *JAFAP*, 6.
615. Modell, A. H. (1965) *Object Love and Reality*. New York: Int. Univ. Press.
616. Modell, A. H. (1970) The transitional object and the creative act. *PQ*, 39.
617. Modell, A. H. (1975) The ego and the id. *IJP*, 56.
618. Money, J. & Green, R. (1969) *Transsexualism and Sex Reassignment*. Baltimore: Johns Hopkins Univ. Press.
619. Monroe, R. R. (1970) *Episodic Behavior Disorders*. Cambridge: Harvard Univ. Press.
620. Moore, B. E. (1964) Frigidity. *PQ*, 33.
621. Moore, B. E. (1975) Freud and female sexuality. *IJP*, 57.
622. Moore, B. E. (1975) Toward a clarification on the concept of narcissism. *PSOC*, 30.
623. Moore, B. E. (1976) Freud and female sexuality. *IJP*, 57.
624. Moore, B. E. (1977) Psychic representation and female orgasm. In: *Female Psychology*, ed. H. P. Blum. New York: Int. Univ. Press.
625. Moore, B. E. & Fine, B. D., eds. (1967) *A Glossary of Psychoanalytic Terms and Concepts*. New York: Amer. Psychoanal. Assn.

626. Moore, B. E. & Rubinfine, D. Z. (1969) The mechanism of denial. Kris Study Group Monographs, New York: Int. Univ. Press, vol. 3.
627. Moses, R. (1978) Adult psychic trauma. IJP, 59.
628. Murray, C. D. (1930) Psychogenic factors in the etiology of ulcerative colitis and bloody diarrhea. Amer. J. Med. Sci., 180.
629. Nagera, H., ed. (1966) Early Childhood Disturbances, the Infantile Neurosis, and the Adulthood Disturbances. New York: Int. Univ. Press.
630. Nagera, H. (1967) The concepts of structure and structuralization. PSOC, 22.
631. Nagera, H. (1969–71) Basic Psychoanalytic Concepts. New York: Int. Univ. Press.
632. Nagera, H. (1976) Obsessional Neuroses. New York: Aronson.
633. Natterson, J. M. (1980) The Dream in Clinical Practice. New York: Jason Aronson.
634. Nemiah, J. C. & Sifneos, P. E. (1970) Affect and fantasy in patients with psychosomatic disorders. In: Modern Trends in Psychosomatic Medicine, ed. O. W. Hill. London: Butterworths, vol. 2.
635. Neubaner, P. B. (1979) The role of insight in psychoanalysis JAPA, 27.
636. Neubaner, P. B. (1982) Rivalry, envy, and Jealousy. PSOC, 37.
637. Novick, J. (1982) Varieties of transference in the analysis of an adolescent. IJP, 42.
638. Novick, J. & Kelly, K. (1970) Projection and externalization. PSOC, 25.
639. Noy, P. Wollstein, S. & Kaplan-de-Nour, A. (1966) Clinical observations of the psychogenesis of impotence. Brit. J. Med. Psychol., 39.
640. Nunberg, H. (1948) The synthetic function of the ego. In: Practice and Theory of Psychoanalysis. New York: Int. Univ. Press, vol. 1.
641. Nunberg, H. (1954) Evaluation of the results of psychoanalytic treatment. IJP, 35.
642. Nunberg, H. (1955) Principles of Psychoanalysis. New York: Int. Univ. Press.
643. Ogden, T. (1982) Projective Identification and Psycho-therapeutic Technique. New York: Jason Aronson.
644. Olinick, S. Z. (1964) The negative therapeutic reaction. IJP, 45.
645. Olinick, S. Z. (1980) The Psychotherapeutic Instrument. New York: Jason Aronson.
646. Ornston, D. G. (1978) On projection. PSOC, 33.
647. Ornston, D. G. (1982) Strachey's influence. IJP, 63.
648. Ornston, D. G. (1985a) Freud's conception is different from Strachey's. JAPA, 33.
649. Ornston, D. G. (1985b) The invention of "cathexes" and Strachey's strategy. Int. Rev. Psychoanal., 12.
650. Ornston, D. G. (1988) How standard is the "Standard Edition? In Freud in Exile, ed. E. Timms & N. Segal. New Haven: Yale Univ. Press.
651. Orr, D. W. (1954) Transference and countertransference. JAPA, 2.
652. Ostow, M. (1974) Sexual Deviation. New York: Quadrangle.
653. Pacella, B. (1975) Early ego development and the *džija* vu. JAPA, 23.
654. Panel (1957) Acting out and its relation to impulse disorders. M. Kanzer, reporter. JAPA, 5.
655. Panel (1958) Problems of identity. D. Z. Rubinfine, reporter. JAPA, 6.
656. Panel (1958) Technical aspects of regression during psychoanalysis. K. T. Calder, reporter. JAPA, 11.
657. Panel (1963) The concept of the id. E. Marcovitz, reporter. JAPA, 11.
658. Panel (1964) Depersonalization. W. A. Stewart, reporter. JAPA, 12,.
659. Panel (1966) Clinical and theoretical aspects of "as-if" characters. J. Weiss, reporter. JAPA, 11.
660. Panel (1969) The theory of genital primacy in the light of ego psychology. M. Berezin, reporter. JAPA, 17.
661. Panel (1971) Action, acting out, and the symptomatic act. N. Acts, reporter. JAPA, 18.
662. Panel (1970) Psychoanalytic theory of affects. L. B. Lofgren, reporter. JAPA, 16.
663. Panel (1970) The development of the child's sense of his sexual identity. Virginia, L. Glower, reporter. JAPA, 18.
664. Panel (1970) The negative therapeutic reaction. S. L. Olinick, reporter. JAPA, 18.

665. Panel (1972) Levels of confidentiality in the psychoanalytic situation. A. S. Watson, reporter. JAPA, 20.
666. Panel (1974) Toward a theory of affects. P. Castelneuvo-Tedesco, reporter. JAPA, 22. W.
667. Panel (1975) The analytic situation. S. T. Shapiro, reporter. J. Phila. Aasn. Psychoanal., 2.
668. Panel (1980) New directions in affect theory. E. P. Lester, reporter. JAPA, 30.
669. Panel (1981) Insight. K. H. Blacker, reporter. JAPA, 29.
670. Panel (1981) Masochism. W. Fischer, reporter. JAPA, 29.
671. Panel (1982) Beyond lay analysis. H. Fischer, reporter. JAPA, 30.
672. Panel (1983) Clinical aspects of character. M. Willick, reporter. JAPA, 31.
673. Panel (1983) Theory of character. S. M. Abend, reporter. JAPA, 31.
674. Panel (1984) The neutrality of the analyst in the analytic situation, R. J. Leider, reporter. JAPA, 32. (1985) Perspectives on the nature of psychic reality. E. Roughton, reporter. JAPA, 33.
675. Panel (1987) Toward the further understanding of homosexual women. A Wolfson, reporter. JAPA, 35.
676. Pao, P.-N. (1971) Elation, hypomania and mania. JAPA, 19.
677. Parens, H. (1979) *The Development of Aggression in Early Childhood*. New York: Jason Aronson.
678. Parens, H. (1980) *Psychic development during the second and third years of life. In: The Course of Life*, ed. S. Greenspan & G. Pollock. Washington: Nat. Inst. Health.
679. Parens, H. & Saul, L. J. (1971) *Dependence in Man*. New York: Int. Univ. Press.
680. Person, E. & Ovesey, L. (1974) *The transsexual syndrome in males*. *Amer. J. Psychother.*, 28.
681. Person, E. & Ovesey, L. (1983) *Psychoanalytic theories of gender identity*. *J. Amer. Acad. Psychoanal.*, 2.
682. Peterfreund, E. & Schwartz, J. T. (1971) *Information, systems, and Psychoanalysis*. New York: Int. Univ. Press.
683. Peto, A. (1976) *The etiological significance of the primal scene in perversions*. *PQ*, 44.
684. Pfeffer, A. Z. (1984) *Modes of obsessional thinking*. Presented at the New York Psychoanalytic Society, October 23.
685. Piaget, J. (1937) *The Construction of Reality in the Child*. New York: Basic Books, 1954.
686. Piaget, J. (1962) *Play, Dreams and Imitation in Childhood*. New York: Norton.
687. Piers, G. & Singer, M. B. (1953) *Shame and Guilt*. Springfield: Thomas; New ed., New York: Norton.
688. Pine, F. (1985) *Developmental Theory and Clinical Process*. New Haven: Yale Univ. Press.
689. Poland, W. S. (1984) *On the analyst's neutrality*. *JAPA*, 32.
690. Pollock, G. H. (1961) *Mourning and adaptation*. *IJP*, 42.
691. Pollock, G. H. (1978) *Process and affect*. *IJP*, 59.
692. Potamianau, A. (1985) *The personal myth*. *PSOC*, 40.
693. Provence, S. & Lipton, R. (1962) *Infants in Institutions*. New York: Int. Univ. Press.
694. Pulver, S. E. *Symptomatology*. *PMC*. Forthcoming.
695. Pulver, S. E. (1970) *Narcissism*. *JAPA*, 18.
696. Rado, S. (1949) *An adaptational view of sexual behavior*. In *Psychosexual Development in Health and Disease*, ed. P. H. Hock & J. Lubin. New York: Grune & Stratton.
697. Rangell, L. *Affects*. *PMC*. Forthcoming.
698. Rangell, L. (1959) *The nature of conversion*. *JAPA*, 7.
699. Rangell, L. (1963) *Structural problems in intrapsychic conflict*. *PSOC*, 18.
700. Rangell, L. (1966) *An overview of the ending of an analysis*. In: *Psychoanalysis in Americas*, ed. R. E. Litman. New York: Int. Univ. Press.
701. Rangell, L. (1968) *A point of view on acting out*. *IJP*, 49.
702. Rangell, L. (1981) *From insight to change*. *JAPA*, 29.
703. Rangell, L. (1981) *Psychoanalysis and dynamic psychotherapy*. *PQ*, 50.
704. Rangell, L. (1983) *Defense and resistance in psychoanalysis and life*. *JAPA*, 31 (suppl.).
705. Rangell, L. (1985) *The object in psychoanalytic theory*. *JAPA*, 33.

706. Rank, O. (1909) *The Myth of the Birth of the Hero*. New York: Nerv. Ment. Dis. Monogr., 18.
707. Rank, O. (1924) *The Trauma of Birth*. New York: Robert Brunner, 1952.
708. Rapaport, D. (1942) *Emotions and Memory*. New York: Int. Univ. Press, 1950.
709. Rapaport, D. (1960) The structure of Psychoanalytic Theory. *Psychol. Issues*, monogr. 6, New York: Int. Univ. Press.
710. Rapaport, D. & Gill, M. M. (1959) The points of view and assumptions of metapsychology. In: *The Collected Papers of David Rapaport*. New York: Basic Books, 1967.
711. Rapoport, A. (1955) The role of symbols in human behavior. *Psychiatric Research Reports*, vol. 2, ed. J. S. Gottlieb et al. Washington: Amer. Psychiat. Assn.
712. Rappaport, E. A. (1968) Beyond traumatic neurosis. *IJP*, 49.
713. Reich, A. (1951) On countertransference. In: *Psychoanalytic Contributions*. New York: Int. Univ. Press, 1973.
714. Reich, A. (1953) Narcissistic object choice in women. *JAPA*, 1.
715. Reich, A. (1954) Early identifications as archaic elements in the superego. *JAPA*, 2.
716. Reich, A. (1960) Pathologic forms of self-esteem regulation. *PSOC*, 15.
717. Reich, W. (1933) *Character Analysis*. New York: Orgone Press, 1949.
718. Reich, W. (1933) Some circumscribed character forms. In: *Character Analysis*. New York: Orgone Institute Press.
719. Reik, T. (1919) *Ritual*. New York: Int. Univ. Press.
720. Reiser, M. (1984) *Mind, Brain and Body* New York: Basic Books.
721. Richards, A. D. (1985) Isakower-like experience on the couch. *PQ*, 54.
722. Ricoeur, P. (1970) *Freud and Philosophy*. New Haven — Yale Univ. Press.
723. Ricoeur, P. (1976) *Interpretation Theory*. Forth Worth-Texas Christian Univ. Press.
724. Rinsley, D. B. (1982) Fairbairn's object relations and classical concepts of dynamics and structure. In: *Borderline and Other Self Disorders' A Developmental and Object-Relations Respective* New York: Jason Aronson.
725. Rioch, M. (1970) The work of W. R Bion on groups. *Psychiatry*, 33.
726. Ritvo, S. (1971) Late adolescence. *PSOC*, 18.
727. Ritvo, S. (1974) Current status of the concept of infantile neurosis. *PSOC*, 29.
728. Robbins, F & Sadow, L (1974) A developmental hypothesis of reality processing. *JAPA*, 22.
729. Rodman, F. R. (1987) *Introduction In the Spontaneous Gesture — Selected Letters of D. W. Winnicott*, ed. F. R. Rodman Cambridge—Harvard Univ. Press.
730. Roiphe, H. (1968) On an early genital phase. *PSOC*, 23.
731. Roiphe, H. & Galenson, E. (1981) *Infantile Roots of Sexual Identity*. New York: Int. Univ. Press.
732. Rose, G. (1978) The creativity of everyday life. In: Grolnick et al (1978).
733. Rose, H. (1928) *A Handbook of Greek Mythology*. London: Methuen.
734. Rosenblatt, A. D. & Thickstun, J.T. (1970) A study of the concept of psychic energy. *IJP*, 51.
735. Rosenthal, S. M. (1968) The involuntal depressive syndrome. *Amer J. Psychiat.*, 124.
736. Ross, N. (1967) The "as-if" concept. *JAPA*, 15.
737. Ross, N. (1970) The primacy of genitality in the light of ego psychology. *JAPA*, 18.
738. Rothstein, A. (1983) *The Structural Hypothesis*. New York: Int., Univ. Press.
739. Roughton, R. *Action and acting out*. FMC. Forthcoming.
740. Rubinstein, B. B. (1972) On metaphor and related phenomena. In: *Psychoanalysis and Contemporary Science*, ed. A. R. Holt & E. Peterfreund., New York: Int. Univ. Press, vol. 1.
741. Rutter, M. (1972) *Maternal Deprivation*. Baltimore: Penguin Books.
742. Rycroft, C. (1968) *A critical Dictionary of Psychoanalysis* New York: Basic Books.
743. Sachs, D. M. (1979) On the relationship between psychoanalysis and psychoanalytic psychotherapy. *Bull. Phila Assn. Psychoanal*, 6.
744. Sachs, H. (1942) *The Creative Unconscious* Cambridge, Mass.: Sci. Art. Publishers.
745. Samuels, A. (1985) *Jung and the Post-Jungians* London — Routledge & Kegan Paul.
746. Sandler, J. (1960) On the concept of the superego. *PSOC*, 15.
747. Sandler, J., Dare, C. & Holder, A (1973) The negative therapeutic reaction. In: *The Patient and the Analyst* New York: Int. Univ. Press.

748. Sandler, J. & Freud, A. (1985) *The Analysis of Defense*. New York: Int. Univ. Press.
749. Sandler, J., Hodler, A. & Meers, D. (1963) The ego ideal and the ideal self. *PSOC*, 18.
750. Sandler, J., Kennedy, H & Tyson, R. L (1980) *The Technique of Child Psychoanalysis*. Cambridge—Harvard Univ. Press.
751. Sandler, J. & Rosenblatt, B. (1962) The concept of the representational world. *PSOC*, 17.
752. Sandler, J. & Sandier, A. M. (1978) On the development of object relationships and affects. *IJP*, 59.
753. Sarlin, C. N. (1962) Depersonalization and derealization. *JAPA*, 10.
754. Sarlin, C. N. (1970) The current status of the concept of genital primacy. *JAPA*, 18.
755. Sarnoff, C. A. (1978) *Latency*. New York: Aronson.
756. Saussure de, F. (1911) *Course in General Linguistic*. New York: McGraw Hill.
757. Schafer. R. (1968) *Aspects of Internalization*. New York: Int. Univ. Press.
758. Schafer. R. (1974) Problems in Freud's psychology of women. *JAPA*, 22.
759. Schafer. R. (1975) *Psychoanalysis without psychodynamics*. *IJP*, 56.
760. Schafer. R. (1976) *A New Language for Psychoanalysis*. New Haven: Yale Univ. Press.
761. Schafer. R. (1983) *The Analytic Attitude*. New York: Basic Books.
762. Schechner, R. & Schuman, M. (1976) *Ritual, Play and Performance* New York: Seabury Press.
763. Schlesinger, N. & Robbins, F. P. (1983) *A Developmental View of the Psychoanalytic Process*. New York; Int. Univ. Press.
764. Schneirla, T. C. (1959) An evolutionary and developmental theory of biphasic processes underlying approach and withdrawal. In: *Nebraska Symposium on Motivation*, ed. H. R. Jones. London: Univ. Nebraska Press.
765. Schur, M. (1955) Comments on the metapsychology of somatization. *PSOC*, 10.
766. Schur, M. (1966) *The Id and the Regulatory Principles of Mental Functioning*. New York: Int. Univ. Press.
767. Schuster. D. B. (1969) Bisexuality and body as phallus. *PQ*, 38.
768. Schwartz, H. J., ed. (1984) *Psychotherapy of the Combat Veteran*. New York: SP Medical and Scientific Books.
769. Segal, H. (1957) Notes on symbol formation. *IJP*, 39.
770. Segal, H. (1964) *Introduction to the Work of Melanie Klein*. London: Hogarth Press, 1973.
771. Segal, H. (1973) *Introduction to the work of Melanie Klein*. London: W. Heinemann.
772. Segal, H. (1981) *The Work of Hanna Segal*. New York: Jason Aronson.
773. Segal, H. (1986) Illumination of the dim, shadowy era. *Sunday Times*, London, May 11, 1986.
774. Shane, M. Shane, E. (1982) Psychoanalytic theories of aggression. *Psychoanal. Inquiry*, 2.
775. Shane, M. Shane, E. (1984) The end phase of analysis. *JAPA*, 32.
776. Shane, M. Shane, E. (1985) Change and integration in psychoanalytic developmental theory. In: *New Ideas in Psychoanalysis*, ed. C. F. Settlage & R. Brockbank. Hillsdale, N. J. Analytic Press.
777. Shapiro, T. (1979) *Clinical Psycholinguistics*. New York: Plenum Press.
778. Shapiro, T. (1984) On neutrality. *JAPA*, 32.
779. Shengold, L. (1967) The effects of overstimulation. *IJP*, 48.
780. Shopper, M. (1979) The (re)discovery of the vagina and the importance of the menstrual tampon. In: *Female Adolescent Development*, ed. M. Sugar. New York: Brunner/Mazel.
781. Sifneos, P. E. (1975) Problems of psychotherapy of patients with alexithymic characteristics and physical disease *Psychother & Psychosom.*, 26.
782. Slap, J. & Saykin, J. (1984) On the nature and organization of the repressed. *Psychoanal. Inquiry*, 4.
783. Slovenko, R. (1973) *Psychiatry and Law*. Boston: Little, Brown.
784. Smith, J. H. (1976) Language and the genealogy of the absent object. In: *Psychiatry and the Humanities*, vol. 1, ed. J. H. Smith. New Haven-Yale Univ. Press.
785. Smith, J. H. ed. (1978) *Psychoanalysis and Language*. New Haven: Yale Univ. Press.
786. Smith, W. R. (1894) *The Religion of the Semites*. New York: Meridian Library, 1956.

787. Socarides, C. W. (1963) The historical development of theoretical and clinical aspects of female homosexuality. *JAPA*, 11.
788. Socarides, C. W. (1970) A psychoanalytic study of the desire for sexual transformation ("transsexualism"). *IJP*, 51.
789. Socarides, C. W. (1978) *Homosexuality*. New York: Jason Aronson.
790. Socarides, C. W. (1982) Abdication fathers, Homosexual Sons. In: *Father and Child*, ed. S. H. Cath, A. R. Gurwitt & J. M. Ross. Boston: Little, Brown.
791. Solnit, A. J. & Ritvo, S. *Instinct theory*. PMC. Forthcoming.
792. Sophocles. *The Oedipus Cycle*, tr. D. Fitts & R. Fitzgerald. New York: Harcourt, Brace & World, 1969.
793. Sours, J. A. (1974) The anorexia nervosa syndrome. *IJP*, 55.
794. Sours, J. A. (1980) *Starving to Death in a Sea of Objects*. New York: Aronson.
795. Spence, J. T. & Helmrich, R. L. (1978) *Masculinity and Femininity*. Austin and London: Univ. of Texas Press.
796. Sperber, D. (1974) *Rethinking Symbolism*. Cambridge: Cambridge Univ. Press.
797. Sperling, M. (1976) *Anorexia nervosa*. In: *Psychosomatic Disorders in Childhood*, ed. O. Sperling. New York: Aronson.
798. Spitz, R. A. (1945) *Hospitalism*. FSOC, 1.
799. Spitz, R. A. (1946) *Anaclitic depression*. PSOC, 2.
800. Spitz, R. A. (1946) *Hospitalism: A follow-up report*. PSOC, 2.
801. Spitz, R. A. (1946) *The smiling response*. *Genet. Psychol. Monogr.* 34.
802. Spitz, R. A. (1955) *The primal cavity*. PSOC, 10.
803. Spitz, R. A. (1957) *No and Yes*. New York: Int. Univ. Press.
804. Spitz, R. A. (1959) *A Genetic Field Theory of Ego Formation*. New York: Int. Univ. Press.
805. Spitz, R. A. (1965) *The First Year of Life*. New York: Int. Univ. Press.
806. Spitz, R. A. & Wolf, K. M. (1946) *The smiling response*. *Genet. Psychol. Monogr.*, 34.
807. Spruiell, V. *The self*. PMC. Forthcoming.
808. Stamm, J. L. (1962) *Altered ego states allied to the depersonalization*. *JAPA*, 10.
809. Stein, M. (1971) *The principle of multiple function*. *Bull. Phila. Assn. Psychoanal.*, 21.
810. Stekely, L. (1960) *Success, success neurosis and the self*. *Brit. J. Med. Psychol.*, 33.
811. Sterba, R. E. (1936–37) *Hardwörterbuch der Psychoanalyse*. Vienna: Int. Psychoanal. Verlag.
812. Stern, D. N. (1974) *The goal and structure of mother-infant play*. *J. Amer. Acad. Child Psychiat.*, 13.
813. Stern, D. N. (1984) *Affect attunement*. In: *Frontiers of Infant Psychiatry*. New York: Basic Books, vol. 2.
814. Stern, D. N. (1985) *The Interpersonal World of the Infant*. New York: Basic Books.
815. Stevens, A. (1982) *Archetype*. London: Routledge & Kegan Paul.
816. Stoller, R. J. (1971) *The term "transvestism"*. *Arch. Gen. Psychiat.*, 24.
817. Stoller, R. J. (1972) *The "bedrock" of masculinity and femininity: bisexuality*. *Arch. Gen. Psychiat.*, 26.
818. Stoller, R. J. (1974) *Hostility and mystery in perversion*. *IJP*, 55.
819. Stoller, R. J. (1975) *Sex and Gender*, vol. 2. New York: Jason Aronson.
820. Stoller, R. J. (1976) *Primary femininity*. *JAPA*, 24 (5).
821. Stoller, R. J. (1982) *Hear miss*. In: *Eating, Sleeping, and Sexuality*, ed. M. Zalea. New York: Brunner/Mazel.
822. Stoller, R. J. (1985) *Observing the Erotic Imagination*. New Haven: Yale Univ. Press.
823. Stolorow, R. (1984) *Self psychology — a structural psychology*. In: *Reflections on Self Psychology*, ed. J. Lichtenberg & S. Kaplan Hillsdale, N. J.: Analytic Press.
824. Stolorow, R. *Transference*. PMC. Forthcoming.
825. Stone, L. (1954) *The widening scope of indications for psychoanalysis*. *JAPA*, 2.
826. Stone, L. (1961) *The Psychoanalytic Situation*. New York: Int. Univ. Press.
827. Stone, L. (1967) *The psychoanalytic situation and transference*. *JAPA*, 15.
828. Stone, L. (1971) *Reflections on the psychoanalytic concept of aggression*. *FQ*, 40.

829. Stone, L. (1973) On resistance to the psychoanalytic process. In: *Psychoanalysis and Contemporary Science*, ed. B. B. Rubinstein. New York: Macmillan, vol. 2.
830. Stone, M. H. (1980) *Borderline Syndromes*. New York: McGraw Hill.
831. Strachey, J. (1934) The nature of the therapeutic action of psychoanalysis. *IJP*, 15.
832. Strachey, J. (1962) The emergence of Freud's fundamental hypothesis. *SE*, 3.
833. Strachey, J. (1963) Obituary (Joan Riviere). *IJP*, 44.
834. Strachey, J. (1966) General preface. *SE*, 1.
835. Swank, R. L. (1949) Combat exhaustion. *J. Nerv. Ment. Dis.*, 109.
836. Szekely, L. (1960) Success, success neurosis and the self. *Brit. J. Med. Psychol.*, 33.
837. Taylor, G. J. (1977) Alexithymia and countertransference. *Psychother & Psychosom.*, 28.
838. Ticho, E. (1972) Termination of psychoanalysis. *PQ*, 41.
839. Tolpin, M. (1970) The infantile neurosis. *PSOC*, 25.
840. Tolpin, M. (1971) On the beginnings of a cohesive self. *PSOC*, 26.
841. Tolpin, M. & Kohut, H. (1980) The disorders of the self. In: *The Course of Life*, ed. S. Greenspan & G. Pollock. Washington, B. C.: U. S. Dept. Health and Human Services.
842. Turkle, S. (1986) A review of Grosskurth, P.: *Molanie Klein*. New York: Times Books, Review, May 18, 1986.
843. Tyson, P. Development. *PMC*. Forthcoming.
844. Tyson, P. (1982) A developmental line of gender identity, gender role, and choice of love object. *JAPA*, 30.
845. Tyson, P. & Tyson, R. L. Development. *PMC*. Forthcoming.
846. Tyson, P. & Tyson, R. L. The psychoanalytic theory of development. *PMC*. Forthcoming.
847. Tyson, P. & Tyson, R. L. (1984) Narcissism and superego development. *JAPA*, 34.
848. Tyson, R. & Sandler, J. (1971) Problems in the selection of patients for psychoanalysis. *Brit. J. Med. Psychol.*, 44.
849. Valenstein, A. F. (1979) The concept of "classical" psycho-analysis. *JAPA*, 27. (suppl.).
850. Volkan, V. D. (1981) *Linking Objects and Linking Phenomena*. New York: Int. Univ. Press.
851. Waelder, R. (1930) The principle of multiple function. *PQ*, 5.
852. Waelder, R. (1962) Book review of *Psychoanalysis, Scientific Method and Philosophy*, ed. S. Hook. *JAPA*, 10.
853. Waelder, R. (1962) Psychoanalysis scientific method, and philosophy. *JAPA*, 10.
854. Waelder, R. (1963) Psychic determinism and the possibility of prediction. *PQ*, 32.
855. Waelder, R. (1967) Trauma and the variety of extraordinary challenges. In: *Fuest (1967)*.
856. Waelder, R. (1967) Inhibitions, symptoms and anxiety: forty years later. *PQ*, 36.
857. Waldhorn, H. F. (1960) Assessment of analyzability. *PQ*, 29.
858. Waldhorn, H. F. & Fine, B. (1971) *Trauma and symbolism*. Kris Study Group monogr. New York: Int. Univ. Press.
859. Wallace, E. R. (1983) *Freud and Anthropology*. New York: Int. Univ. Press.
860. Wallerstein, R. Reality. *PMC*. Forthcoming.
861. Wallerstein, R. (1965) The goals of psychoanalysis. *JAPA*, 13.
862. Wallerstein, R. (1975) *Psychotherapy and Psychoanalysis*. New York: Int. Univ. Press.
863. Wallerstein, R. (1983) Defenses, defense mechanisms and the structure of the mind. *JAPA*, 31 (suppl.).
864. Wallerstein, R. (1988) One psychoanalysis or many? *IJP*, 69.
865. Wangh, M. (1979) Some psychoanalytic observations on boredom. *IJP*, 60.
866. Weinshel, E. M. (1968) Some psychoanalytic considerations on moods. *IJP*, 51.
867. Weinshel, E. M. (1971) The ego in health and normality. *JAPA*, 18.
868. Weisman, A. D. (1972) *On Dying and Denying*. New York: Behavioral Publications.
869. Weinstock, H. J. (1962) Successful treatment of ulcerative colitis by psychoanalysis. *Brit. J. Psychoanal. Res.*, 6.
870. Welmore, R. J. (1963) The role of grief in psychoanalysis. *IJP*, 44.
871. Werner, H. & Kaplan, B. (1984) *Symbol Formation*. Hillsdale N. J.: Lawrence Erlbaum.
872. White, R. W. (1963) Ego and Reality in Psychoanalytic Theory. *Psychol. Issues*, 3.
873. Whitman, R. M. (1963) Remembering and forgetting dreams in psychoanalysis. *JAPA*, 11.

874. Wiedeman, G. Sexuality. PMC. Forthcoming.
875. Wiedeman, G. (1962) Survey of psychoanalytic literature on overt male homosexuality. *JAPA*, 10.
876. Wieder, H. (1966) Intellectuality. *PSOC*, 21.
877. Wieder, H. (1978) The psychoanalytic treatment of preadolescents In *Child Analysis and Therapy*, ed. J. Glenn. New York: Aronson.
878. Willick, M. S. Defense. PMC. Forthcoming.
879. Wilson, C. P. (1967) Stone as a symbol of teeth. *PQ*, 36.
880. Wilson, C. P. Hohan, C. & Mintz, I. (1983) Fear of Being Fat. New York: Aronson.
881. Wilson, C. P. S. Mintz, I. (1982) Abstaining and bulimic anorexics. *Primary Care*, 9.
882. Wilson, E. O. (1978) *On Human Nature*. Cambridge: Harvard Univ. Press.
883. Winnicott, C. (1978) D. W. W.: a reflection. In: *Between Reality and Fantasy*. New York: Jason Aronson.
884. Winnicott, D. W. (1953) Transitional object and transitional phenomena. In: *Collected Papers*. New York: Basic Books, 1958.
885. Winnicott, D. W. (1956) Primary maternal preoccupation. In: Winnicott (1958).
886. Winnicott, D. W. (1958) *Collected Papers*. New York: Basic Books, Inc.
887. Winnicott, D. W. (1960) Ego distortions in terms of true and false self. In: *The Maturation Processes and the Facilitating Environment*. New York: Int. Univ. Press, 1965.
888. Winnicott, D. W. (1960) The theory of the parent-infant relationship. In: Winnicott (1965).
889. Winnicott, D. W. (1965) *The Maturation Processes and the Facilitating Environment*. New York: Int. Univ. Press.
890. Winnicott, D. W. (1971) *Playing and Reality*. New York: Basic Books.
891. Winnicott, D. W. (1971) *Therapeutic Consultations in Child Psychiatry*. New York: Basic Books.
892. Winnicott, D. W. (1977) *The Piggle*. New York: Int. Univ. Press.
893. Winson, J. (1985) *Brain and Psyche*. New York: Anchor Press.
894. Wolf, E. S. (1976) Ambience and abstinence. *Annu. Psycho-anal.*, 4.
895. Wolf, E. S. (1980) On the developmental line of self-object relations. In: *Advances in Self Psychology*, ed. A. Goldberg. New York: Int. Univ. Press.
896. Wolf, E. S. (1983) Empathy and countertransference. In: *The Future of Psychoanalysis*, ed. A. Goldberg. New York: Int. Univ. Press.
897. Wolf, E. S. (1984) Disruptions in the psychoanalytic treatment of disorders of the self. In: *Kohut's Legacy*, ed. P. Stepansky & A. Goldberg, Hillsdale, H. J.: Analytic Press, 1984.
898. Wolf, E. S. (1984) Selfobject relations disorders. In: *Character Pathology*, ed. M. Zales. New York: Bruner/Mazel.
899. Wolf, E. S. & Trosman, H. (1974) Freud and Popper-Lynkeus. *JAPA*, 22.
900. Wolfenstein, M. (1966) How is mourning possible? *PSOC*, 21.
901. Wolman, B. B. ed. (1977) *The International Encyclopedia of Psychiatry, Psychology, Psychoanalysis, and Neurology*. New York: Aesculapius.
902. Wolpert, E. A. (1980) Major affective disorders. In: *Comprehensive Textbook of Psychiatry*, ed. H. I. Kaplan, A. M. Freedman & B. J. Saddock. Boston: Williams & Wilkins, vol. 2.
903. Wurmser, L. (1977) A defense of the use of metaphor in analytic theory formation. *PQ*, 46.
904. Wurmser, L. (1981) *The Mask of Shame*. Baltimore: Johns Hopkins Univ. Press.
905. Zetzel, E. R. (1956) Current concepts of transference. *TJP*, 37.

УКАЗАТЕЛЬ ТЕРМИНОВ И ПОНЯТИЙ

- АБСТИНЕНЦИЯ (ABSTINENCE) 23
АВТОМАТИЗМЫ Я (EGO AUTOMATISMS) 23
АВТОНОМИЯ (AUTONOMY) 23
АГРЕССИВНАЯ ЭНЕРГИЯ (AGGRESSIVE ENERGY) 24
АГРЕССИЯ (AGGRESSION) 24
 Агрессивное влечение (Aggressive Drive) 24
АДАПТАЦИЯ (ADAPTATION) 25
АДАПТИВНЫЙ ПОДХОД (ADAPTIVE VIEWPOINT) 26
АКТИВНОСТЬ/ПАССИВНОСТЬ (ACTIVE/PASSIVE) 26
АКТУАЛЬНЫЙ НЕВРОЗ (ACTUAL NEUROSIS) 27
АЛЕКСИТИМИЯ (ALEXITHIMIA) 28
АЛЛОПЛАСТИЧЕСКАЯ АДАПТАЦИЯ (ALLOPLASTIC ADAPTATION) 28
АЛЬФА-ФУНКЦИЯ (ALPHA FUNCTION) 28
АЛЬФА-ЭЛЕМЕНТЫ (ALPHA ELEMENTS) 28
АМБИВАЛЕНТНОСТЬ (AMBIVALENCE) 28
АМНЕЗИЯ (AMNESIA) 29
АНАГОГИЧЕСКАЯ ИНТЕРПРЕТАЦИЯ (ANAGOGIC INTERPRETATION) 30
АНАКЛИТИЧЕСКАЯ ДЕПРЕССИЯ (ANACLYTIC DEPRESSION) 30
АНАКЛИТИЧЕСКИЙ ВЫБОР ОБЪЕКТА (ANACLYTICAL OBJECT CHOICE) 30
АНАЛИЗ (ANALYSES) 30
 Аналитический процесс (Analytic Process) 30
 Аналитическая ситуация (Analytic Situation) 30
АНАЛИТИЧЕСКАЯ ПСИХОЛОГИЯ (ANALYTICAL PSYCHOLOGY) 32
АНАЛИТИЧЕСКАЯ ПСИХОЛОГИЯ (ТЕРМИНЫ) 33
 Анима; Анимус (Anima; Animus) 33
 Архетип (Archetype) 33
 Имаго (Imago) 34
 Индивидуация (Individuation) 34
 Коллективное бессознательное (Collective Unconscious) 35
 Комплекс (Complex) 35
 Персона (Persona) 36
 Самость (Self) 36
 Тень (Shadow) 36
 Типология (Typology) 37
АНАЛИТИЧЕСКАЯ ТЕРАПИЯ (ANALYTIC THERAPY) 37
АНАЛИТИЧЕСКАЯ ТЕХНИКА (ANALYTIC TECHNIQUE) 37
АНАЛИТИЧЕСКИЙ ИНСТРУМЕНТ (ANALYZING INSTRUMENT) 38
АНАЛЬНОСТЬ (ANALITY) 39
АНГЕДОНИЯ (ANHEDONIA) 40
АНИМА, АНИМУС (ANIMA, ANIMUS) 40
АНОНИМНОСТЬ (ANONYMITY) 40

АНТИЛИБИДИНОЗНОЕ ЭГО (ANTILIBIDINAL EGO) 40
АПАТИЯ (АРАТНУ) 40
АРХАИЧЕСКИЕ СОСТОЯНИЯ Я (ARCHAIC EGO STATES) 41
АРХЕТИП 41
АУТИСТИЧЕСКАЯ ФАЗА (AUTISTIC PHASE) 41
АУТОПЛАСТИЧЕСКАЯ АДАПТАЦИЯ (AUTOPLASTIC ADAPTATION) 41
АУТОЭРОТИЗМ (AUTOEROTISM) 41
АФФЕКТИВНЫЕ РАССТРОЙСТВА (AFFECTIVE DISORDERS) 42
АФФЕКТЫ (AFFECTS) 43

БАЗАЛЬНАЯ ЭНДОПСИХИЧЕСКАЯ СИТУАЦИЯ (BASIC ENDOPSYCHIC SITUATION) 44
БАЗИСНЫЕ ДОПУЩЕНИЯ (BASIC ASSUMPTIONS) 44
БЕССОЗНАТЕЛЬНОЕ (UNCONSCIOUS) 44
БЕТА-ЭЛЕМЕНТЫ (BETA ELEMENTS) 45
БИПОЛЯРНАЯ САМОСТЬ (BIPOLAR SELF) 45
БИПОЛЯРНЫЕ РАССТРОЙСТВА (BIPOLAR DISORDERS) 45
БИСЕКСУАЛЬНОСТЬ (BISEXUALITY) 45
БЛАГОГОВЕНИЕ (AWE) 46
БОРЬБА/БЕГСТВО (FIGHT/FLIGHT) 46
БУЛИМИЯ (BULIMIA) 46

ВЕРТИКАЛЬНОЕ РАСЦЕПЛЕНИЕ (VERTICAL SPLIT) 46
ВИНОВНЫЙ ЧЕЛОВЕК (GUILTY MAN) 46
ВЛЕЧЕНИЯ Я (EGO INSTINCTS) 46
ВНУТРЕННИЙ ОБЪЕКТ (INTERNAL OBJECT) 47
ВНУТРЕННИЙ "САБОТАЖНИК" (INTERNAL SABOTEUR) 47
ВОЕННЫЙ НЕВРОЗ (WAR NEUROSI) 47
ВОЗБУЖДАЮЩИЙ ОБЪЕКТ (EXCITING OBJECT) 48
ВОЗБУЖДЕНИЕ (EXCITING) 48
ВОЗВРАЩЕНИЕ ВЫТЕСНЕННОГО (RETURN OF THE REPRESSED) 48
ВОССТАНОВЛЕНИЕ, РЕСТИТУЦИЯ (RESTITUTION) 48
ВОСТОРГ (ELATION) 48
ВУАЙЕРИЗМ (VOYEURISM) 48
ВЫБОР НЕВРОЗА (CHOICE OF NEUROSI) 49
ВЫГОДА, ПЕРВИЧНАЯ (ПАРАНОЗИЧЕСКАЯ) (GAIN, PRIMARY) (GAIN, PARANOSIC) 49
 Выгода, вторичная (эпизодическая) (Gain, Secondary) (Gain, Epinosic) 49
ВЫТЕСНЕНИЕ (REPRESSION) 50
 Барьер вытеснения (Repression Barrier) 50
 Первичное вытеснение (Primal Repression) 50
 Собственно вытеснение (Repression Proper) 50

ГАЛЛЮЦИНАТОРНОЕ ИСПОЛНЕНИЕ ЖЕЛАНИЙ (HALLUCINATORY WISH FULFILLMENT) 52
ГАЛЛЮЦИНАЦИЯ (HALLUCINATION) 52
ГЕНЕТИЧЕСКАЯ ОШИБКА (GENETIC FALLACY) 52
ГЕНЕТИЧЕСКИЙ ПОДХОД (GENETIC VIEWPOINT) 53
ГЕНИТАЛЬНОСТЬ (GENITALITY) 53
ГЕТЕРОСЕКСУАЛЬНОСТЬ (HETEROSEXUALITY) 54
ГИПОМАНИЯ (HYROMANIA) 55
ГЛУБИННАЯ ПСИХОЛОГИЯ (DEPTH PSYCHOLOGY) 56
ГОМОСЕКСУАЛЬНОСТЬ (HOMOSEXUALITY) 56
ГОРИЗОНТАЛЬНОЕ РАСЦЕПЛЕНИЕ (HORIZONTAL SPLIT) 59
ГОСПИТАЛИЗМ (HOSPITALISM) 59
ГРАНДИОЗНАЯ САМОСТЬ (GRANDIOSE SELF) 59

ДЕАГРЕССИВАЦИЯ (DEAGGRESSIVATION) 59
ДЕЙСТВИЕ (ACTION) 59
ДЕПЕРСОНАЛИЗАЦИЯ (DEPERSONALIZATION) 61
ДЕПРЕССИВНАЯ ПОЗИЦИЯ (DEPRESSIVE POSITION) 62
ДЕПРЕССИВНЫЕ НЕВРОЗЫ (DEPRESSIVE NEUROSES) 62
ДЕПРЕССИВНЫЕ РАССТРОЙСТВА (DEPRESSIVE DISORDERS) 63
ДЕПРЕССИВНЫЙ ХАРАКТЕР (DEPRESSIVE CHARACTER) 63
ДЕПРЕССИЯ (DEPRESSION) 63
ДЕРЕАЛИЗАЦИЯ 64
ДЕСЕКСУАЛИЗАЦИЯ (DESEXUALIZATION) 65
ДЕСОМАТИЗАЦИЯ (DESOMATIZATION) 65
ДЕТСКИЙ АНАЛИЗ (CHILD ANALYSIS) 65
ДЕТСКИЙ НЕВРОЗ (CHILDHOOD NEUROSIS) 66
ДЕФЕКТ Я (EGO DEFECT) 67
ДИНАМИЧЕСКИЙ ПОДХОД (DYNAMIC VIEWPOINT) 67
ДИСТИМИЧЕСКОЕ РАССТРОЙСТВО (DYSTHYMIC DISORDER) 67
ДИФФЕРЕНЦИАЦИИ ПОДФАЗА (DIFFERENTIATION SUBPHASE) 67
ДИФфуЗИЯ ИДЕНТИЧНОСТИ (IDENTITY DIFFUSION); КРИЗИС ИДЕНТИЧНОСТИ (IDENTITY CRISIS) 67
ДОГЕНИТАЛЬНЫЙ ЭКВИВАЛЕНТ МАСТУРБАЦИИ (PREGENITAL MASTURBATORY EQUIVALENT) 68
ДОМИНАНТА (DOMINANT) 68
ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЕ ОБЪЕКТЫ (SUBSIDIARY OBJECTS) 68
ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЕ ЭГО (SUBSIDIARY EGOS) 68
ДОСТАТОЧНО ХОРОШАЯ МАТЬ (GOOD ENOUGH MOTHER) 68
ДОСТУПНОСТЬ АНАЛИЗУ (ANALYZABILITY) 68

ЖЕНСКАЯ ПСИХОЛОГИЯ (FEMALE PSYCHOLOGY) 69
ЖЕНСКИЙ МАЗОХИЗМ (FEMININE MASOCHISM) 70
ЖЕНСТВЕННОСТЬ (FEMININITY) 70

ЗАБОТА (HOLDING) 70
ЗАВЕРШАЮЩАЯ ФАЗА (TERMINATION PHASE) 70
ЗАВИСИМОЕ ПОЛОЖЕНИЕ (DEPENDENCY) 71
ЗАВИСИМОСТЬ (DEPENDENCE) 71
ЗАВИСТЬ (ENVY) 72
ЗАВИСТЬ К ГРУДИ (BREAST ENVY) 72
ЗАВИСТЬ К ПЕНИСУ (PENIS ENVY) 72
ЗАДЕРЖКА РАЗВИТИЯ (DEVELOPMENT ARREST) 74
ЗАДЕРЖКА СЕМЯИЗВЕРЖЕНИЯ (EJACULATIO RETARDATA) 74
ЗАДУМЧИВОСТЬ (REVERIE) 74
ЗАМЕЩЕНИЕ (SUBSTITUTION) 74
ЗАЩИТА (DEFENCE) 74
 Защитный механизм (Defence Mechanism) 74
ЗАЩИТНЫЕ СТРУКТУРЫ (DEFENSIVE STRUCTURES) 76
ЗАЩИТНЫЙ НЕВРОПСИХОЗ (DEFENSIVE NEUROPSYCHOSIS) 76
ЗЕРКАЛЬНЫЙ ПЕРЕНОС (MIRROR TRANSFERENCE) 76
ЗЛОВЕЩЕЕ (UNCANNY) 76
ЗНАК (SIGN) 76
ЗРЕЛАЯ ЗАВИСИМОСТЬ (MATURE DEPENDENCE) 76

ИГРА (PLAYING) 76
ИГРА В КАРАКУЛИ (SQUIGGLE GAME) 76
ИДЕАЛИЗАЦИЯ (IDEALIZATION) 76
ИДЕАЛИЗИРУЮЩИЙ ПЕРЕНОС (IDEALISING TRANSFERENCE) 77
ИДЕНТИФИКАЦИЯ (IDENTIFICATION) 77

ИДЕНТИЧНОСТЬ (IDENTITY) 78
ИДЕНТИЧНОСТЬ Я (EGO IDENTITY) 78
ИЗМЕНЕНИЕ ФУНКЦИИ (CHANGE OF FUNCTION) 79
ИЗМЕНЕННЫЕ СОСТОЯНИЯ СОЗНАНИЯ (ALTERED STATES OF CONSCIOUSNESS) 79
ИЗМЕНЕННЫЕ СОСТОЯНИЯ Я (ALTERED EGO STATES) 79
ИЗОЛЯЦИЯ (ISOLATION) 80
ИМАГО (IMAGO) 80
ИМПОТЕНЦИЯ (IMPOTENCE) 80
ИНВОЛЮЦИОННАЯ ДЕПРЕССИЯ (INVOLUTIONAL DEPRESSION) 81
ИНДИВИДУАЦИЯ (INDIVIDUATION) 82
ИНКОРПОРАЦИЯ (INCORPORATION) 82
ИНСАЙТ (INSIGHT) 82
ИНСАЙТ-ТЕРАПИЯ (INSIGHT THERAPY) 82
ИНСТИНКТ (INSTINCT) 82
ИНСТИНКТИВНОЕ ВЛЕЧЕНИЕ (INSTINCTUAL DRIVE) 83
 Цель влечения (Instinctual Aim) 83
 Объект влечения (Instinctual Object) 83
ИНТЕЛЛЕКТУАЛИЗАЦИЯ (INTELLECTUALIZATION) 84
ИНТЕРВЕНЦИЯ (INTERVENTION) 84
ИНТЕРНАЛИЗАЦИЯ (INTERNALIZATION) 85
ИНТЕРПРЕТАЦИЯ (INTERPRETATION) 86
ИНТРОВЕРСИЯ (INTROVERSION) 87
ИНТРОЕКТИВНАЯ ИДЕНТИФИКАЦИЯ (INTROJECTIVE IDENTIFICATION) 87
ИНТУИЦИЯ (INTUITION) 87
ИНФАНТИЛЬНАЯ СЕКСУАЛЬНОСТЬ (INFANTILE SEXUALITY) 87
ИНФАНТИЛЬНОСТЬ (INFANCY) 88
ИНФАНТИЛЬНЫЙ НЕВРОЗ (INFANTILE NEUROSIS) 90
ИПОХОНДРИЯ (HYPOCHONDRIASIS) 91
ИСКОННЫЕ ОБРАЗЫ (PRIMORDIAL IMAGES) 91
ИСТЕРИЯ (HYSTERIA) 91
ИСТИННАЯ САМОСТЬ (TRUE SELF), ЛОЖНАЯ САМОСТЬ (FALSE SELF) 93

“КАК БУДТО” ЛИЧНОСТЬ (AS-IF PERSONALITY) 93
КАСТРАЦИЯ (CASTRATION) 93
 Комплекс кастрации (Castration Complex) 93
 Страх кастрации (Castration Anxiety) 93
КАТЕКСИС (CATHEXIS) 94
КАТЕКСИС ВНИМАНИЯ (ATTENTION CATHEXIS) 95
КВАЗИНЕЗАВИСИМОСТЬ (QUASI-INDEPENDENCE) 95
КОЛЛЕКТИВНОЕ БЕССОЗНАТЕЛЬНОЕ (COLLECTIVE UNCONSCIOUS) 95
КОМПЕНСАТОРНЫЕ СТРУКТУРЫ (COMPENSATORY STRUCTURES) 95
КОМПЛЕКС (COMPLEX) 95
КОМПЛЕКС ЭЛЕКТРЫ (ELESTRA COMPLEX) 95
КОМПОНЕНТНЫЕ ВЛЕЧЕНИЯ (COMPONENT INSTINCTS) 95
КОМПРОМИССНОЕ ОБРАЗОВАНИЕ (COMPROMISE FORMATION) 96
КОМПУЛЬСИИ (COMPULSIONS) 96
КОНВЕРСИЯ (CONVERSION) 96
КОНСТАНТНОСТЬ ОБЪЕКТА (OBJECT CONSTANCY) 97
КОНСТРУКЦИЯ (CONSTRUCTION) 98
КОНТЕЙНЕР/СОДЕРЖИМОЕ (CONTAINER/CONTAINED) 98
КОНТРПЕРЕНОС (COUNTERTRANSFERENCE) 98
КОНТРОФОБИЯ (COUNTERPHOBIA) 99
КОНФАБУЛЯЦИЯ (CONFABULATION) 99
КОНФИДЕНЦИАЛЬНОСТЬ (CONFIDENTIALITY) 99

КОНФЛИКТ (CONFLICT) 100
КОНФЛИКТ РАЗВИТИЯ (DEVELOPMENTAL CONFLICT) 101

ЛАТЕНТНЫЙ ПЕРИОД (LATENCY) 101
ЛЕСБИАНСТВО (LESBIANISM) 102
ЛИБИДИНОЗНОЕ ЭГО (LIBIDINAL EGO) 102
ЛИЧНОСТЬ (PERSONALITY) 102
 Личностное расстройство (Personality Disorder) 102
ЛИЧНЫЙ МИФ (PERSONAL MYTH) 102
ЛЮБОВЬ (LOVE) 103

МАЗОХИЗМ (MASOCHISM) 103
МАНИАКАЛЬНО-ДЕПРЕССИВНЫЙ СИНДРОМ (MANIC-DEPRESSIVE SYNDROME) 104
МАНИЯ (MANIA) 105
МАСТУРБАЦИЯ (MASTURBATION) 106
МЕТАПСИХОЛОГИЯ (METAPSYCHOLOGY) 107
МИФОЛОГИЯ (MYTHOLOGY) 108
МЛАДЕНЧЕСКАЯ АМНЕЗИЯ (INFANTILE AMNESIA) 109
МЛАДЕНЧЕСКАЯ ЗАВИСИМОСТЬ (INFANTILE DEPENDENCE) 109
МОРАЛЬНАЯ ЗАЩИТА (MORAL DEFENCE) 109
МОРАЛЬНЫЙ МАЗОХИЗМ (MORAL MASOCHISM) 109
МУЖЕСТВЕННОСТЬ/ЖЕНСТВЕННОСТЬ (MASCULINITY/FEMININITY) 109
МУЖСКОЙ ПРОТЕСТ (MASCULINE PROTEST) 110
МНОЖЕСТВЕННЫЙ ДЕТЕРМИНИЗМ (MULTIDETERMINISM) 110

НАВЯЗЧИВОЕ ПОВТОРЕНИЕ (REPETITION COMPULSION) 111
НА ПУТИ К КОНСТАНТНОСТИ ОБЪЕКТА (ON THE WAY TO OBJECT CONSTANCY) 112
НАРЦИССИЗМ (NARCISSISM) 112
НАРЦИССИЧЕСКИЙ ГНЕВ (NARCISSIC RAGE) 113
НАРЦИССИЧЕСКИЙ НЕВРОЗ (NARCISSIC NEUROSIС) 114
НАРЦИССИЧЕСКИЙ ПЕРЕНОС (NARCISSIC TRANSFERENCE) 114
НАСТРОЕНИЕ (MOOD) 114
НАРУШЕНИЯ НАСТРОЕНИЯ (MOOD DISTURBANCE) 115
 Расстройство настроения (Mood Disorder) 115
НЕВРАСТЕНИЯ (NEURASTHENIA) 115
НЕВРАЧЕБНЫЙ АНАЛИЗ (LAY ANALYSIS) 115
НЕВРОЗ (NEUROSIС) 115
НЕВРОЗ ОРГАНОВ (ORGAN NEUROSIС) 116
НЕВРОЗ СУДЬБЫ (FATE NEUROSIС) 116
НЕВРОЗ УСПЕХА (SUCCESS NEUROSIС) 116
НЕВРОТИЧЕСКИЙ ХАРАКТЕР (NEUROTIC CHARACTER) 117
НЕГАТИВНАЯ ТЕРАПЕВТИЧЕСКАЯ РЕАКЦИЯ (NEGATIVE THERAPEUTIC REACTION) 117
НЕРАЗДЕЛЕННОЕ ЭГО (UNDIVIDED EGO) 118
НЕРАЗДЕЛЕННЫЙ ОБЪЕКТ (UNDIVIDED OBJECT) 118
НЕДИФФЕРЕНЦИРОВАННЫЕ ЭНЕРГИИ (UNDIFFERENTIATED ENERGIES) 118
НЕЙТРАЛЬНАЯ ЭНЕРГИЯ (NEUTRAL ENERGY) 118
НЕЙТРАЛЬНОСТЬ (NEUTRALITY) 118
НЕРВНАЯ АНОРЕКСИЯ (ANOREXIA NEUROSIS) 119
НОРМАЛЬНОСТЬ (NORMALITY) 120
НОЧНОЙ СТРАХ (PAVOR NOCTURNUS) 121

ОБРАЩЕНИЕ ПРОТИВ СЕБЯ (TURNING AGAINST THE SELF) 121
ОБСЕССИЯ (НАВЯЗЧИВОСТЬ) (OBSESSION) 121
 Обсессивно-компульсивный невроз (Obsessive-Compulsive Neurosis) 121
 Обсессивный характер (Obsessional Character) 121

ОБЪЕКТ (OBJECT) 122
ОБЪЕКТ, УДОВЛЕТВОРЯЮЩИЙ ПОТРЕБНОСТЬ (NEED-SATISFYING OBJECT) 124
ОКЕАНИЧЕСКОЕ ЧУВСТВО (OCEANIC FEELING) 125
ОНО (ИД) (ID) 125
ОПРОВЕРЖЕНИЕ (DENIAL) 126
ОПУСТОШЕННОСТЬ (EMPTINESS) 126
ОРАЛЬНОСТЬ (ORALITY) 126
ОРГАЗМ (ORGASM) 127
ОСНОВНОЕ ПРАВИЛО (BASIC RULE) 128
ОСТАТКИ ДНЯ (DAY RESIDUE) 128
ОТВЕРГНУТЫЙ ОБЪЕКТ (REJECTED OBJECT) 128
ОТОЖДЕСТВЛЕНИЕ ЛИЦА С ГРУДЬЮ (FACE-BREAST EQUATION) 128
ОТРЕАГИРОВАНИЕ (ABREACTION) 128
ОТРИЦАНИЕ (NEGATION) 129
ОТЫГРЫВАНИЕ (ACTING OUT) 129
 Проигрывание (Acting In) 129
ОШИБОЧНЫЕ ДЕЙСТВИЯ (PARAPRAXIS) 130

ПАМЯТЬ (MEMORY) 131
ПАНИКА (PANIC) 132
ПАРАМЕТР (PARAMETER) 132
ПАРАМНЕЗИЯ (PARAMNESIA) 132
ПАРАНОИЯ (PARANOIA) 132
 Параноийальный (параноидный) характер (Paranoid Character) 132
 Параноийальная (параноидная шизофрения) (Paranoid Schizophrenia) 132
ПАРАНОИЯЛЬНО-ШИЗОИДНАЯ ПОЗИЦИЯ (PARANOID-SCHIZOID POSITION) 134
ПАРАФИЛИЯ (PARAPHILIA) 134
ПАРАФРЕНИЯ (PARAPHRENIA) 134
ПАТОНЕВРОЗ (PATHONEUROSIS) 134
ПЕРВЕРСИЯ (PERVERSION) 135
ПЕРВИЧНАЯ ИДЕНТИФИКАЦИЯ (PRIMARY IDENTIFICATION) 136
ПЕРВИЧНАЯ КРЕАТИВНОСТЬ (PRIMARY CREATIVITY) 136
ПЕРВИЧНАЯ МАТЕРИНСКАЯ ОЗАБОЧЕННОСТЬ (PRIMARY MATERNAL PREOCCUPATION) 136
ПЕРВИЧНАЯ ОРДА (PRIMAL HORDE) 136
ПЕРВИЧНАЯ ПОЛОСТЬ (PRIMAL CAVITY) 137
ПЕРВИЧНАЯ СЦЕНА (PRIMAL SCENE) 137
ПЕРВИЧНЫЕ ФАНТАЗИИ (PRIMAL FANTASY) 137
ПЕРВИЧНЫЙ ПРОЦЕСС (PRIMARY PROCESS) 138
 Вторичный процесс (Secondary Process) 138
ПЕРЕНОС (TRANSFERENCE) 138
ПЕРЕНОС ВТОРОГО Я (ALTER-EGO TRANSFERENCE) 139
ПЕРЕНОС САМООБЪЕКТА (SELFOBJECT TRANSFERENCE) 139
ПЕРЕХОДНЫЙ ОБЪЕКТ (TRANSITIONAL OBJECT) 140
ПЕРЕХОДНЫЙ ФЕНОМЕН (TRANSITIONAL PHENOMENA) 140
ПЕЧАЛЬ (ГОРЕ) (GRIEF) 140
ПОБУЖДЕНИЕ (ИМПУЛЬС) (IMPULSE) 140
ПОВЕДЕНИЕ (BEHAVIOR) 140
ПОГРАНИЧНОЕ РАССТРОЙСТВО ЛИЧНОСТИ (BORDERLINE PERSONALITY DISORDER) 141
 Пограничная личностная организация (Borderline Personality Organization) 141
 Пограничное состояние (Borderline State) 141
ПОДРОСТКОВЫЙ АНАЛИЗ (ADOLESCENT ANALYSIS) 142
ПОДРОСТКОВЫЙ ВОЗРАСТ (ADOLESCENCE) 144
ПОДВИЖНАЯ ЭНЕРГИЯ (MOBILE ENERGY) 145
ПОДДЕРЖИВАЮЩАЯ ТЕРАПИЯ (SUPPORTIVE THERAPY) 145

ПОДФАЗА УПРАЖНЕНИЯ (PRACTICING SUBPHASE) 145
 ПОЗНАНИЕ (COGNITION) 145
 ПОКРЫВАЮЩЕЕ ВОСПОМИНАНИЕ (SCREEN MEMORY) 146
 ПОЛИМОРФНАЯ ИЗВРАЩЕННОСТЬ (POLYMORPHOUS PERVERSITY) 146
 ПОЛОВАЯ ИДЕНТИЧНОСТЬ (GENDER IDENTITY) 146
 Половое поведение (Gender Behavior) 146
 Половая роль (Gender Role) 146
 ПОСТТРАВМАТИЧЕСКОЕ СТРЕССОВОЕ РАССТРОЙСТВО (POST-TRAUMATIC STRESS DISORDER) 147
 ПОТЕНЦИАЛЬНОЕ ПРОСТРАНСТВО (POTENTIAL SPACE) 147
 ПРЕДОХРАНИТЕЛЬНЫЙ ЩИТ (PROTECTIVE SHIELD) 147
 ПРЕДПОДРОСТКОВЫЙ ВОЗРАСТ (PREADOLESCENCE) 147
 ПРЕДСОЗНАТЕЛЬНОЕ (PRECONSCIOUS) 148
 ПРЕДУДОВОЛЬСТВИЕ (FOREPLEASURE) 148
 ПРЕДШЕСТВЕННИК ОБЪЕКТА (PRECURSOR OBJECT) 148
 ПРЕЖДЕВРЕМЕННОЕ СЕМЯИЗВЕРЖЕНИЕ (EJACULATION PRAESOX) 148
 ПРИВИЛЕГИЯ (PRIVILEGE) 149
 ПРИКЛАДНОЙ ПСИХОАНАЛИЗ (APPLIED PSYCHOANALYSIS) 149
 ПРИНЦИП ИНЕРЦИИ (INERTIA PRINCIPLE) 149
 ПРИНЦИП КОНСТАНТНОСТИ (CONSTANCY PRINCIPLE) 149
 ПРИНЦИП МНОЖЕСТВЕННОГО ДЕТЕРМИНИЗМА (PRINCIPLE OF MULTIPLE DETERMINISM) 149
 ПРИНЦИП МНОЖЕСТВЕННОЙ АПЕЛЛЯЦИИ (PRINCIPLE OF MULTIPLE APPEAL) 149
 ПРИНЦИП МНОЖЕСТВЕННОСТИ ФУНКЦИИ (PRINCIPLE OF MULTIPLE FUNCTION) 149
 ПРИНЦИП НИРВАНЫ (NIRVANA PRINCIPLE) 150
 ПРИНЦИП УДОВОЛЬСТВИЯ/НЕУДОВОЛЬСТВИЯ (PLEASURE/UNPLEASURE PRINCIPLE) 150
 ПРИНЯТЫЙ ОБЪЕКТ (ACCEPTEED OBJECT) 150
 ПРОЕКТИВНАЯ ИДЕНТИФИКАЦИЯ (PROJECTIVE IDENTIFICATION) 150
 ПРОЕКЦИЯ (PROJECTION) 151
 ПРОРАБОТКА (WORKING THROUGH) 151
 ПСИХИЧЕСКАЯ ЭНЕРГИЯ (PSYCHIC ENERGY) 152
 ПСИХИЧЕСКИЙ АППАРАТ (PSYCHIC APPARATUS) 153
 ПСИХИЧЕСКИЙ ДЕТЕРМИНИЗМ (PSYCHIC DETERMINISMUS) 154
 ПСИХОАНАЛИЗ (PSYCHOANALYSIS) 154
 ПСИХОАНАЛИТИЧЕСКАЯ ПСИХОТЕРАПИЯ (PSYCHOANALYTIC PSYCHOTHERAPY) 155
 ПСИХОГЕНЕЗ (PSYCHOGENESIS) 155
 ПСИХОДИНАМИКА (PSYCHODYNAMICS) 155
 ПСИХОЗ (PSYCHOSIS) 155
 ПСИХОЛИНГВИСТИКА (PSYCHOLINGUISTIC) 157
 ПСИХОЛОГИЯ ГРУПП (GROUP PSYCHOLOGY) 158
 ПСИХОЛОГИЯ САМОСТИ (SELF PSYCHOLOGY) 159
 Самость (The Self) 162
 Расстройства Самости (Self Disorders) 164
 Перенос самообъекта (Selfobject Transference) 164
 ПСИХОЛОГИЯ Я (EGO PSYCHOLOGY) 165
 ПСИХОНЕВРОЗ (PSYCHONEUROSI) 166
 ПСИХОСЕКСУАЛЬНОЕ РАЗВИТИЕ (PSYCHOSEXUAL DEVELOPMENT) 167
 ПСИХОСОМАТИЧЕСКИЕ СОСТОЯНИЯ (PSYCHOSOMATIC CONDITIONS) 169
 ПСИХОТЕРАПИЯ (PSYCHOTHERAPY) 169
 ПСИХОТИЧЕСКИЙ ПРОЦЕСС (PSYCHOTIC PROCESS) 170
 ПСИХОТИЧЕСКИЙ ХАРАКТЕР (PSYCHOTIC CHARACTER) 171

 РАБОЧЕЕ Я (WORK EGO) 171
 РАБОЧИЙ АЛЬЯНС (WORKING ALLIANCE) 172
 РАЗВИТИЕ (DEVELOPMENT) 172
 РАЗВИТИЕ Я (EGO DEVELOPMENT) 173

РАППОРТ (RAPPORT) 175
РАССТРОЙСТВА ПОБУЖДЕНИЙ (IMPULS DISORDERS) 175
РАССТРОЙСТВА ПОЛОВОЙ ИДЕНТИЧНОСТИ (GENDER IDENTITY DISORDER) 177
РАСЩЕПЛЕНИЕ (SPLITTING) 177
РАЦИОНАЛИЗАЦИЯ (RATIONALIZATION) 177
РЕАКТИВНАЯ ДЕПРЕССИЯ (REACTIVE DEPRESSION) 178
РЕАКТИВНОЕ ОБРАЗОВАНИЕ (REACTIVE FORMATION) 178
РЕАКЦИЯ УЛЫБКИ (SMILING RESPONSE) 178
РЕАЛЬНОСТЬ (REALITY) 178
РЕВНОСТЬ (JEALOUSY) 181
РЕГРЕССИЯ (EGO-REGRESSION) 182
РЕГРЕССИЯ Я (REGRESSION) 183
РЕГУЛЯТОРНЫЕ ПРИНЦИПЫ (REGULATORY PRINCIPLES) 183
РЕКОНСТРУКЦИЯ (RECONSTRUCTION) 183
 Конструкция (Construction) 183
РЕПАРАЦИЯ (REPARATION) 184
РЕПРЕЗЕНТАЦИЯ (REPRESENTATION) 184
РЕСОМАТИЗАЦИЯ (RESOMATIZATION) 184
РИТУАЛ (RITUAL) 184

САДИЗМ (SADISM) 185
САДОМАЗОХИЗМ (SADOMASOCHISM) 185
САМОЗВАНЕЦ (IMPOSTOR) 186
САМООБЪЕКТ (SELFOBJECT) 187
САМОСТЬ (SELF) 187
СВЕРХДЕТЕРМИНАЦИЯ (OVERDETERMINATION) 188
СВЕРХ-Я (СУПЕР-ЭГО) (SUPEREGO) 188
СВОБодно ПЛАВАЮЩАЯ ТРЕВОГА (FREE FLOATING ANXIETY) 189
СВОБОДНЫЕ АССОЦИАЦИИ (FREE ASSOCIATION) 189
СГУЩЕНИЕ (CONDENSATION) 190
СЕКСУАЛЬНАЯ ДЕВИАЦИЯ (SEXUAL DEVIATION) 190
СЕКСУАЛЬНАЯ ИДЕНТИЧНОСТЬ (SEXUAL IDENTITY) 190
СЕКТОРЫ САМОСТИ (SECTORS OF THE SELF) 190
СЕМЕЙНЫЙ РОМАН (FAMILY ROMANCE) 190
СЕПАРАЦИЯ, ОТДЕЛЕНИЕ (SEPARATION) 191
СЕПАРАЦИЯ-ИНДИВИДУАЦИЯ (SEPARATION-INDIVIDUATION) 191
СИГНАЛЬНАЯ ТРЕВОГА (SIGNAL ANXIETY) 192
СИЛА Я (EGO STRENGTH) 192
 Слабость Я (Ego Weakness) 192
СИМБИОЗ (SYMBIOSIS) 193
СИМБИОЗ МАТЕРИ И РЕБЕНКА (MOTHER-INFANT SYMBIOSIS) 193
СИМБИОТИЧЕСКАЯ ФАЗА (SYMBIOTIC PHASE) 193
СИМВОЛ (SYMBOL) 193
 Символизация (Symbolization) 193
 Символизм (Symbolism) 193
СИМВОЛИЧЕСКАЯ РЕПРЕЗЕНТАЦИЯ (SYMBOLIC REPRESENTATION) 195
СИМВОЛИЧЕСКОЕ ОТОЖДЕСТВЛЕНИЕ (SYMBOLIC EQUATION) 195
СИМПТОМ (SYMPTOM) 195
 Симптомобразование (Symptom Formation) 195
СИМПТОМАТИЧЕСКОЕ ДЕЙСТВИЕ (SYMPTOMATIC ACT) 196
СИТУАЦИЯ УГРОЗЫ ДЛЯ Я (DANGER SITUATION OF THE EGO) 197
СКОПОФИЛИЯ (SCOPORNICIA) 197
СКОРБЬ (MOURNING) 197

СКРЫТОЕ СОДЕРЖАНИЕ (LATENT CONTENT) 198
 СКУКА (BOREDOM) 198
 СЛИЯНИЕ-ПЕРЕНОС (MERGER TRANSFERENCE) 198
 СЛИЯНИЕ (СИМБИОТИЧЕСКОЕ) (MERGING) 198
 СЛИЯНИЕ (СИНТЕЗИРУЮЩЕЕ) (FUSION) 198
 СНОВИДЕНИЕ, СНОВИДЕНИЯ (DREAMING, DREAMS) 199
 СОВЕСТЬ (CONSCIENCE) 200
 СОЗНАНИЕ (CONSCIOUSNESS) 200
 Сознательное (Conscious) 200
 СОЗРЕВАНИЕ (MATURATION) 201
 СОКРУШЕННЫЕ УСПЕХОМ (THOSE WRECKED BY SUCCESS) 201
 СОМАТИЗАЦИЯ (SOMATIZATION) 201
 СОМАТИЧЕСКАЯ ПОДАТЛИВОСТЬ (SOMATIC COMPLIANCE) 201
 СОПЕРНИЧЕСТВО (RIVALRY) 202
 СОПРОТИВЛЕНИЕ (RESISTANCE) 202
 СОПРОТИВЛЕНИЕ ОНО (ID-RESISTANCE) 203
 СОСТАВЛЯЮЩИЕ САМОСТИ (CONSTITUENTS OF THEORY SELF) 203
 СОСТОЯНИЯ САМОСТИ (SELF STATES) 203
 СПАРИВАНИЕ (PAIRING) 203
 СРЕДНЕОЖИДАЕМАЯ СРЕДА (AVERAGE EXPECTABLE ENVIRONMENT) 204
 СТАДИИ ЖИЗНЕННОГО ЦИКЛА (STAGES OF THE LIFE CYCLE) 204
 СТИМУЛЬНЫЙ БАРЬЕР (STIMULUS BARRIER) 204
 СТРАХ НЕЗНАКОМЦА (STRANGER ANXIETY) 204
 СТРУКТУРА (STRUCTURE) 205
 СТРУКТУРНАЯ ТЕОРИЯ (STRUCTURAL THEORY) 205
 СТРУКТУРНОЕ ИЗМЕНЕНИЕ (STRUCTURAL CHANGE) 207
 СТРУКТУРНЫЙ ПОДХОД (STRUCTURAL VIEWPOINT) 207
 СУБЛИМАЦИЯ (SUBLIMATION) 208

 ТАНАТОС (THANATOS) 209
 ТЕЛЕСНОЕ Я (BODY EGO) 209
 Образ тела (Body Image) 209
 Схема тела (Body Schema) 209
 ТЕНЬ (SHADOW) 210
 ТЕОРИЯ БИОНА (BION'S THEORY) 210
 Альфа-функция (Alpha Function) 211
 Альфа-элемент (Alpha Element) 211
 Бета-элемент (Beta Element) 211
 Задумчивость (Reverie) 211
 Контейнер/содержимое (Container/Contained) 211
 Понятие/предпонятие (Conception/Preconception) 211
 ТЕОРИЯ ВИННИКОТТА (WINNICOTT'S THEORY) 211
 Достаточно хорошая мать (Good Enough Mother) 213
 Забота (Holding) 213
 Игра (Playing) 214
 Игра в каракули (Squiggle Game) 214
 Истинная Самость, ложная Самость (True Self, False Self) 214
 Первичная креативность (Primary Creativity) 215
 Первичная материнская озабоченность (Primary Maternal Preoccupation) 215
 Переходный объект, переходный феномен (Transitional Object, Transitional Phenomenon) 215
 Потенциальное пространство (Potential Space) 216
 Предшественник объекта (Precursor Object) 217
 Рабочее Я (Working Ego) 217
 ТЕОРИЯ ВЛЕЧЕНИЙ (ТЕОРИЯ ИНСТИНКТОВ) (INSTINCT THEORY) 217

ТЕОРИЯ КЛЯЙН (KLEINIAN THEORY) 218
Внутренние объекты (Internal Objects) 219
Депрессивная позиция (Depressive Position) 220
Зависть (Envy) 221
Идентификация (Identification) 222
Паранойально-шизоидная позиция (Paranoid-Schizoid Position) 223
Расщепление (Splitting) 223
Репарация (восстановление) (Reparation) 224
Символическое отождествление (Symbolic Equation) 224
Фантазия (Fantasy) 224

ТЕОРИЯ ЛИБИДО (LIBIDO THEORY) 225

ТЕОРИЯ ОБЪЕКТНЫХ ОТНОШЕНИЙ (OBJECT RELATIONS THEORY) 226

ТЕОРИЯ ФЭЙРБЕЙРНА (FAIRBAIRN'S THEORY) 226

ТЕРАПЕВТИЧЕСКАЯ ЦЕЛЬ (THERAPEUTIC AIM) 230

ТЕРАПЕВТИЧЕСКИЙ АЛЬЯНС (THERAPEUTIC ALLIANCE) 231
Рабочий альянс (Working Alliance) 231

ТИПОЛОГИЯ (TYPOLOGY) 231

ТИПЫ ДЕПРЕССИИ (DEPRESSION TYPES) 231

ТИПЫ САМОСТИ (SELF TYPES) 231

ТОПОГРАФИЧЕСКИЙ ПОДХОД (TOPOGRAPHIC POINT OF VIEW) 231

ТОРМОЖЕНИЕ (INHIBITION) 232

ТРАГИЧЕСКИЙ ЧЕЛОВЕК (TRAGIC MAN) 232

ТРАВМА (TRAUMA) 232

ТРАВМАТИЧЕСКИЙ НЕВРОЗ (TRAUMATIC NEUROSIS) 233

ТРАВМАТИЧЕСКОЕ СОСТОЯНИЕ (TRAUMATIC STATE) 234

ТРАНСВЕСТИЗМ (TRANSESTISM) 234

ТРАНССЕСУАЛИЗМ (TRANSEXUALISM) 235

ТРЕВОГА (ANXIETY) 236

ТРЕВОГА ВОСЬМИ МЕСЯЦЕВ (EIGHT-MONTH ANXIETY) 237

ТРЕВОЖНЫЕ РАССТРОЙСТВА (ANXIETY DISORDER) 237
Невроз страха (Anxiety Neurosis) 237
Состояние тревоги (Anxiety State) 237
Тревожный характер (Anxiety Character) 237

ТРЕХКОМПОНЕНТНАЯ МОДЕЛЬ (TRIPARTITE MODEL) 239

ТЯЖЕЛАЯ УТРАТА (BEREAVEMENT) 239

ФАЛЛОС (PHALLUS) 239

ФАНТАЗИИ (FANTASY) 240

ФАНТАЗИЯ (PHANTASY) 242

ФАНТАЗИЯ ОБ ИЗБИЕНИИ (BEATING FANTASY) 242

ФЕНОМЕН ИСАКОВЕРА (ISAKOWER PHENOMEN) 242

ФЕТИШ (FETISH) 243
Фетишизм (Fetishism) 243

ФИКСАЦИЯ (FIXATION) 244

ФОБИЯ (PHOBIA) 244

ФОРМАЛЬНЫЕ АСПЕКТЫ (FORMAL ASPECTS) 245

ФРИГИДНОСТЬ (FRIGIDITY) 245

ФУНДАМЕНТАЛЬНОЕ ПРАВИЛО (FUNDAMENTAL RULE) 246

ФУНКЦИИ Я (EGO FUNCTION) 246

ХАРАКТЕР (CHARACTER) 248

ЦЕНТРАЛЬНОЕ ЭГО (CENTRAL EGO) 252

ЦИКЛОТИМИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА (CYCLOTHYMIC DISORDERS) 252

ЧАСТИЧНЫЙ/ЦЕЛОСТНЫЙ ОБЪЕКТ (PART OBJECT/WHOLE OBJECT) 252
ЧАСТНАЯ ЖИЗНЬ (PRIVACY) 252
ЧУВСТВО ВИНЫ (GUILT) 252
ЧУВСТВО СТЫДА (SHAME) 253

ШИЗОИДНЫЙ ХАРАКТЕР (SCHIZOID CHARACTER) 254
ШИЗОПАРАНОЙЯЛЬНАЯ ПОЗИЦИЯ (SCHIZOPARANOID POSITION) 254
ШИЗОФРЕНИЯ (SCHIZOPHRENIA) 254

ЭДИПОВ КОМПЛЕКС (OEDIPUS COMPLEX) 255
ЭЙФОРΙΑ (EUPHORIA) 258
ЭКОНОМИЧЕСКИЙ ПОДХОД (ECONOMIC VIEWPOINT) 258
ЭКСПИБИЦИОНИЗМ (EXHIBITIONISM) 258
ЭКСПРЕССИВНАЯ ТЕРАПИЯ (EXPRESSIVE THERAPY) 258
ЭКСТЕРНАЛИЗАЦИЯ (EXTERNALIZATION) 258
ЭКСТРАВЕРСИЯ (EXTRAVERSION) 259
ЭМПАТИЯ (EMPATHY) 259
ЭРОТИЗМ (EROTISM) 260
 Эротогенность (Erotogenicity) 260
 Эротогенные (эрогенные) зоны (Erotogenic Zones) 260
ЭРОТОГЕННЫЙ МАЗОХИЗМ (EROTOGENIC MASOCHISM) 261

Я, ЭГО (EGO) 261
ЯВНОЕ СНОВИДЕНИЕ (MANIFEST DREAM) 262
ЯВНОЕ СОДЕРЖАНИЕ (MANIFEST CONTENT) 262
Я-ДИСТОННЫЙ (EGO-DYSTONIC) 262
 Я-синтонный (Ego-Syntonic) 262
ЯЗВЕННЫЙ КОЛИТ (ULCERATIVE COLITIS) 262
Я-ИДЕАЛ (EGO-IDEAL) 263
Я-УДОВОЛЬСТВИЕ (PLEASURE EGO) 264

ДЙА VU 264
 Дйа гасонтй 264
TRIEB 265
VAGINA DENTATA 265

СОДЕРЖАНИЕ

М.В. Ромашкевич. От редактора русского перевода	5
Предисловие Б. Э. Мура, Б. Д. Файна	9
Благодарности	11
Примечание редакторов	13
Б. Э. Мур. Проблема определения в психоанализе	14
Психоаналитические термины и понятия	21
Библиография	266
Указатель терминов и понятий	289

ПСИХОАНАЛИТИЧЕСКИЕ ТЕРМИНЫ И ПОНЯТИЯ
Словарь

Под редакцией
Барнесса Э. Мура и Бернарда Д. Файна

Перевод с английского
А.М. Боковикова, И.Б. Гриншпуна, А. Фильца

Научные редакторы
А.М. Боковиков, М.В. Ромашкевич

Ответственная за выпуск
И.В. Тепикина

Компьютерная верстка
С.М. Пчелинцев

Главный редактор и издатель серии
Л.М. Кроль

Научный консультант серии
Е.Л. Михайлова

Изд. лиц. № 061747
Гигиенический сертификат
№ 77.99.6.953.П.169.1.99. от 19.01.1999 г.
Подписано в печать 25.01.2000 г.
Формат 60×88/16
Усл. печ. л. 19. Уч.-изд. л. 26

ISBN 0-300-04701-0 (USA)
ISBN 5-86375-023-5 (РФ)

М.: Независимая фирма "Класс", 2000.

103062, Москва, ул. Покровка, д. 31, под. 6.
www.igisp.ru E-mail: igisp@igisp.ru

www.kroll.igisp.ru
Купи книгу "У КРОЛЯ"