

От автора: «Статья об аддиктивности выросла из попытки понять, что такое промискуитет - какую брешь в своей психической реальности пытается закрыть человек, лихорадочно вступающий во все новые и новые сексуальные контакты. В результате – и совсем для меня неожиданно – родилась эта работа, такая «универсальная теория зависимостей», где промискуитетное поведение является одной из эволюционных ступеней всеобщей «аддиктивной лестницы». Другими словами, предлагаемая Вашему вниманию работа – еще одна попытка описать механизмы формирования и эволюции «сковывающих уз» и «освобождающих связей».

В последние годы в литературе психодинамического направления появились работы, с различных позиций развивающие тему аналитической работы с аддиктивными пациентами^[2].

В настоящей работе автор предпринял попытку интеграции различных подходов современного психоанализа к пониманию аддиктивного поведения, природе аддиктивности, сделал предположение о связи аддиктивности с уровнем развития личности и предложил вариант подхода к работе с аддиктивным клиентом.

История и современное состояние вопроса

Основатели психоанализа считали, что коррекция этой психопатологии выходит за пределы возможностей психоанализа как терапевтического метода. Современное психоаналитическое учение обогатилось значительным количеством данных и новых взглядов на природу возникновения и методы лечения зависимостей^[3].

Развитие теории аддиктивного поведения и подходов к его лечению отражает всю историю психоаналитического мышления. В современной психодинамической терапии представлены четыре основные парадигмы: теория инстинктивных влечений (драйвов), эго-психология, теория объектных отношений и сэлф-психология. При этом каждая из этих систем может иначе, чем другие, охарактеризовать один и тот же случай, детально освещая свой особенный, важный и клинически полезный нюанс опыта; именно поэтому т.н. полимодальный, эклектический подход обретает особую ценность. (Иными словами – на сегодняшний день отсутствует единая теория, в рамках которой была бы создана вполне удовлетворительная модель аддиктивного поведения. – Прим. Скептика.)

Наиболее изученными и представленными в психоаналитической литературе являются случаи химической аддикции. Это связано с более «яркими», по сравнению с другими видами аддикции, проявлениями, явной вредоносностью – деструктивностью такого поведения очевидна.

Изначально выдвинутое психоанализом предположение о том, что все случаи злоупотребления химическими веществами представляют собой регрессию на оральную стадию психосексуального развития, уступило место иной концепции, согласно которой большинство таких случаев имеют защитную и адаптивную функции. Использование химических веществ может временно изменить регрессивные состояния, усиливая защиты Эго, направленные против мощных аффектов, «таких как гнев, стыд и депрессия»^[4].

Отходит в прошлое и точка зрения о том, что главным в аддиктивном поведении является импульс к саморазрушению - многие современные психоаналитики говорят о дефиците адекватной интернализации родительских фигур и, как следствие, нарушение способности к самозащите. По этой же причине аддикты страдают от нарушения других функций: у них снижена способность рассуждать, нарушены саморегуляция аффективной сферы, контроль над импульсами; они не способны поддерживать высокую самооценку. Эти проявления дефицитарности создают соответствующие проблемы в объектных отношениях, подтверждением чему является неспособность многих аддиктов поддерживать близкие межличностные отношения и регулировать их.

Зависимость (в частности, от наркотиков) можно рассматривать как адаптивное поведение, направленное на то, чтобы облегчить боль, вызванную аффектами, и на некоторое время повысить способность владеть собой и функционировать. Аддиктивное поведение представляет собой отчаянную попытку вылечить себя столь небезопасным «лекарством»^[5].

Ряд исследователей наркотической зависимости (Blatt, Berman, Bloom-Feshback, Sugarman, Wilber, Kleber; 1984)^[6] обнаружили, что она определяется рядом факторов:

- потребностью в контейнировании агрессии;
- страстным желанием удовлетворить стремление к симбиотическим отношениям с материнской фигурой;
- желанием ослабить депрессивное состояние.

Фенихель, а позднее Сэвитт^[7] отмечают, что аддикты действуют так, как если бы любое напряжение грозило им тяжелой травмой. Поэтому основная цель аддикта – это не достижение удовольствия, а избегание напряжения и боли. Состояние «аддикта под напряжением» схоже с недифференцированным состоянием новорожденного, когда тот, еще не способный связывать напряжение, оказывается переполненным стимулами, от которых у него пока нет адекватного механизма защиты.

Подход Ханзяна^[8] - «Главная причина всех аддиктивных расстройств — это страдание...» - особое внимание он уделяет уязвимости личностной организации, связанной с трудностями в:

- аффективной защите;
- самооценке;
- межличностных отношениях;
- способности позаботиться о себе.

По Ханзяну – «Аддиктивные индивидуумы страдают от того, что ...не чувствуют себя "хорошими" и поэтому не способны удовлетворить свои потребности или установить удовлетворяющие их отношения с другими людьми. Основным препятствием для стабильной самооценки является их необычайная непоследовательность в ходе удовлетворения своей зависимости. Они мечутся между самопожертвованием и эгоцентризмом».^[9]

В своих ранних работах Вёрмсер основой аддиктивных расстройств называет "дефект аффективной защиты"; по этой же причине Видер и Каплан назвали вещества, вызывающие зависимость, "корректорами" и "протезами".^[10]

Дальнейшие разработки темы аддиктивности Вёрмсером сделаны в аспекте рассмотрения архаической и мучительной вины от примитивного Супер-Эго.

Г.Кристал^[11] рассматривает аддиктивную зависимость как следствие защиты от различных травмирующих эпизодов младенчества. В его формулировке травма провоцирует преждевременную потерю младенческой симбиотической иллюзии всемогущества, оставляя малышу неисчезающий параноидный страх. Постулируя первичный эго-дефект, который он называет "аффективной защитой", Кристал считает, что такие травмированные младенцы гипотетически не способны распознавать разницу в чувствах.

В работе^[12] Г.Кристалл говорит о том, что «аффективная защита» (и, как следствие, аддикция) могут активироваться и вследствие "взрослой травмы" - в результате переживания «катастрофического травматического состояния» - ситуации, когда «субъективная оценка приводит к выводу о том, что ужасная опасность является неизбежной...»

Д.МакДугалл^[13] раскрывает основы модели «аддиктивного» развития и функционирования психики, опираясь на модель Д.В.Винникотта. «Достаточно хорошая» мать переживает чувство слияния со своим ребенком в первые недели его жизни. Однако, если это отношение слияния продолжает существовать и в дальнейшем, оно становится патологическим, превращается в преследование младенца. Любая соматопсихическая активность младенца может развиваться только до той степени, до которой сама мать позитивно загружает соответствующий аспект.

Мать так же легко может *тормозить* развитие (нарциссическое усиление) эмоциональной живости, смысленности, чувствительности и телесной эрогенности в соматопсихической структуре своего младенца, если он служит для смягчения переживаний по поводу неосуществленной потребности в ее собственном внутреннем мире. Такое взаимодействие мать-младенец затем влияет на развитие переходного феномена (переходная деятельность и/или объекты) и порождает у ребенка страх перед развитием собственных психических ресурсов, позволяющих справляться с напряжением самому. Развитие того, что Винникотт обозначил как «способность быть одному» (даже когда мать рядом), подвергается опасности: ребенок постоянно ищет материнского присутствия, чтобы справиться с любым аффективным переживанием, независимо от того, происходит ли оно из внутреннего

психологического конфликта или из столкновения с внешней средой. Из-за своей собственной тревожности или бессознательных страхов и желаний мать потенциально способна исподволь внушать своему младенцу то, что может быть определено как *наркотическое отношение к ее присутствию* и ее функциям по уходу за ним. В определенном смысле, мать и сама находится в состоянии «зависимости» от своего ребенка.

В результате ребенок остается неспособным к самоуспокоению и заботе о себе в моменты внутреннего и внешнего напряжения. Ответ на отсутствие интроектов заботы о себе взрослый неизбежно пробует найти во внешнем мире, так же, как это происходило в раннем детстве. В этом аспекте отношения с другим человеком (в т.ч. сексуальные), наркотики, пища, алкоголь, табак и т. п. оказываются объектами, которые можно использовать для смягчения болезненных душевных состояний: они исполняют функцию матери, которую взрослый не способен выполнить сам для себя. Эти «наркотические объекты» (термин МакДугалл) занимают место переходных объектов детства, которые воплощают материнское окружение и в то же время освобождают ребенка от полной зависимости от материнского присутствия. Однако, в отличие от переходных, наркотические объекты обязательно терпят неудачу, потому что они являются скорее *соматическими*, чем *психологическими* попытками справиться с отсутствием матери, и потому обеспечивают только временное облегчение. По этой причине в более ранних работах МакДугалл рассматривала «наркотические объекты» (объекты аддикции) скорее как «переходящие» (временные), чем как «переходные».

О природе аддиктивности

Все вышеприведенные авторы сходятся во мнении, что аддикция в любом из её видов является скорее описанием, чем диагнозом.

Согласно статье Р.Сэвитта «Психоаналитическое исследование аддикции: структура Эго и наркотическая зависимость» (приводится в изложении Э.Сэбшин^[14]), наркотическая зависимость – злокачественное переходное состояние между психоневрозом и психозом. Наркозависимость – симптомокомплекс, а не отдельная болезнь. Имеет место отчаянная потребность спастись от невыносимого для аддиктивной личности напряжения. «Пока напряжение не будет полностью снято, аддикт остается в ситуации, напоминающей недифференцируемое состояние новорожденного, когда тот, еще не способный связывать напряжение, оказывается переполненным стимулами, от которых у него нет пока адекватного механизма защиты»^[15].

«У каждого человека присутствует ядро аддиктивных процессов, которое проявляется в таких мягких формах, как пристрастие к еде, табаку, сладостям или кофе».^[16]

По Д. Р. Меерсу^[17] «Аддикция – это следствие извращения нормальности. Благодаря свойственному каждому из нас романтическому, предвзятому, покровительственному отношению к определенным вещам мы освобождаем наиболее глубоко присущие человеку проявления аддикции – влюбленность и сексуальность – от этого ярлыка..... императивные, повторяющиеся зависимости мы наблюдаем во *всех формах патологического поведения и во многих формах обычных человеческих переживаний*».

«... имеет ли смысл с точки зрения диагностики различие между нормативными и патологическими аддикциями? Общие для них импульсивные, императивные, безусловные типы удовлетворения чувственной сферы производят на меня впечатление *инстинктивно аддиктивных*. Близость, любовь и сексуальность циркулярно, щедро вознаграждаются и поддерживают самих себя; их аддиктивный характер неочевиден до тех пор, пока человек не лишается чего-то одного или всего перечисленного».^[18]

Итак, если исходить из того, что аддикция – это патологическое проявление некоего качества, присущего всем людям^[19] (назовем это качество «базисной зависимостью»), получается, что аддикция – следствие какого-то нарушения процесса нормального развития и функционирования психического аппарата.

Тогда можно заключить, что «базисная зависимость» есть результат действия некоего влечения (см. выше об «*инстинктивной аддиктивности*»). Отсюда логично вытекает предположение о том, что аддикция как патология – это проявление грубых, «сырых», неадаптивных форм этого влечения (и глубина патологии определяется степенью дезадаптивности).

Для однозначного толкования, приведем несколько положений, выдвинутых З.Фрейдом («Я и ОНО»):

«Влечение – наличное в живом организме стремление к восстановлению какого-либо прежнего состояния, которое под влиянием внешних препятствий живое существо принуждено было оставить...»^[20] и далее: «Самыми основными источниками... внутреннего раздражения служат так называемые влечения организма, которые являются представителями всех действующих сил, возникающих внутри организма и переносимых на психический аппарат; именно они и являются самым важным и самым темным элементом психологического исследования».^[21]

«...влечения к самосохранению, к власти и самоутверждению... являются частными влечениями...»^[22]

«Влечения, имеющие в виду судьбу элементарных частиц, переживающих отдельное существо, старающиеся поместить их в надежное место, пока они беззащитны против раздражений внешнего мира, и ведущие к соединению их с другими зародышевыми клетками и т. д., составляют группу сексуальных влечений... Они-то, собственно, и являются влечениями к жизни...».^[23]

Привлечем также определение, данное О.Кернбергом: «Влечения – относительно последовательные системы мотивации психики, находящиеся на границе между телесным и психическим ... влечения проявляются не просто через аффекты, но через активацию конкретного объектного отношения, включающего в себя аффект, в котором влечение представлено как конкретное желание. Бессознательная фантазия ... включает в себя конкретное желание, направленное на объект. Желание есть производная влечения, оно более точно, чем аффективное состояние – и это добавочная причина, почему не аффекты, а влечения должны стоять на вершине иерархической системы мотивации.»^[24] (там же, с.298 – аффекты являются «кирпичиками», составляющими влечение).

Опираясь на приведенные цитаты, конкретизируем наше предположение: **«Базисная зависимость» - это форма проявления какого-то (частного?) влечения из группы влечений к жизни.** В работе В.Н. Шлыкова^[25] представлено описание «подходящего» влечения, там оно называется «влечением к любви/сотрудничеству».

Исходя из определения Кернберга и принимая во внимание нестабильность аффективной сферы у аддикта («избыточность» или «дефицит» аффектов), можно предположить, что имеет место сбой в работе механизма «упаковки» аффектов в «тело» влечения. Возникшая в результате «дефектность», «инвалидность» влечения – невозможность его «вызревания» и перехода в зрелую форму, приводит к невозможности разрядки возникающего внутриспсихического специфического напряжения «естественным» путем. В этих условиях психический аппарат вынужден использовать суррогатные способы снятия этого напряжения. Аддиктивность – внешнее проявление того, что некое влечение не достигло зрелой формы. Следовательно, «вину» за возникновение патологии (аддикции) несет часть психического аппарата, ответственная за формирование влечений. В структурной модели можно говорить о недостаточности эго-функционирования^[26], в сэлф-психологии – о слабости структуры сэлф^[27].

Как следствие, получаем, что при ослаблении сэлф (эго), вызванного, например, внешней фрустрацией, либо заболеванием, у человека возникают предпосылки для проявления аддикции. Значительное ослабление психических структур, ответственных за формирование влечений, неизбежно повлечет возникновение аддикции. (Частный пример – кратковременное, но ярко проявляющееся сплочение многочисленных родственников при смерти одного из них – возникновение «отношенческой аддикции» при соприкосновении с ощущением своей беззащитности перед смертью).

О природе различных видов аддикций

В научной литературе^[28] встречается предположение о том, что в основе любой аддикции находится созависимость (аддикция отношений или «отношенческая аддикция»), которая провоцирует развитие других аддикций. На наш взгляд, в эволюционном аспекте точнее будет: «Отношенческая аддикция является наиболее высокоорганизованной формой проявления аддиктивности (как патологического феномена), высшей формой адаптации аддикта к объективной реальности. Фрустрация потребности в зависимости от «живого»

объекта ведет к регрессии на нижележащий уровень аддиктивной организации – уровень химической аддикции.»

Другими словами - недостаточная зрелость влечения «базисной зависимости» обуславливает невозможность установления зрелых межлических отношений (связей) по причине высокого «остаточного» уровня интрапсихического напряжения. «Срыв» или ненахождение удовлетворяющих потребности аддикта отношений приводит к тому, что человек теряет «опору», «протез», позволяющий переносить ужасную интрапсихическую реальность. Поиск нового «протеза» – это не вопрос более комфортного существования, это вопрос выживания или смерти. Отсюда императивная потребность изменения интрапсихической реальности другими, не «отношенческими», средствами. («Активация» психическим аппаратом других влечений). Такими средствами часто становятся химические вещества.

Тогда любая «отношенческая» аддикция сама по себе уже является предвестником аддикции химической. В качестве иллюстрации можно привести достаточно типичную жизненную ситуацию: уход мужа из семьи (крах отношенческой аддикции первого уровня) влечет за собой промискуитетное поведение женщины как попытку восстановления (суррогатного замещения) утраченного объекта зависимости (отношенческая аддикция второго уровня), а через некоторое время – отказ от поисков партнера и переход к химической аддикции (алкоголизм, наркомания).

Исходя из вышеизложенного, можно утверждать, что наличие промискуитетного поведения – это индикатор «сползания» человека от «удовлетворительной» отношенческой аддикции к «очень плохой» аддикции химической.

И наоборот - восстановление «добротной» отношенческой аддикции – нахождение подходящего внешнего объекта – должно повлечь за собой исчезновение императивной потребности в аддикции химической.

О связи аддиктивности с уровнем развития личности

В настоящей работе сделана попытка установить связь аддиктивности с уровнем развития организации личности, здесь «уровень...» рассматривается в психоаналитической парадигме – психотический, пограничный, невротический^[29].

Невротический уровень функционирования характеризуется проявлениями аддикций в неявном, размытом виде, (либо данный вид аддикции является социально одобряемым, и потому – социализирующим, социально адаптирующим фактором), не считается патологией и не является «мишенью» для психокоррекционной работы.

Психотический уровень функционирования предполагает отсутствие в психической реальности субъекта внешних объектов, следовательно, на этом уровне функционирования аддиктивные проявления невозможны.

Получается, что проявления аддиктивного поведения как очевидно неадекватного свойственны лицам с пограничным (borderline) уровнем организации. Тогда можно утверждать, что «патологическая» (несоциализирующая) аддикция является вполне достаточным диагностическим критерием для причисления человека к разряду «пограничников». В экстремальной формулировке это можно представить в виде утверждения «ВСЯКИЙ АДДИКТ – ЭТО "ПОГРАНИЧНИК"».

Это утверждение согласуется с предположением отечественных аддиктологов - «...пограничные личностные расстройства представляют в целом гетерономную основу для развития аддикции»^[30].

Интересно было бы пойти дальше и поискать ответ на вопрос – а почему не перевернуть наше утверждение, и не написать «ВСЯКИЙ "ПОГРАНИЧНИК" – ЭТО АДДИКТ»?

Для этого привлечем Балинта: в описании работы с клиентами на уровне базисного дефекта он столкнулся с тем, что состояние фрустрации у таких людей «...принимается просто как факт, причиняющий боль. Больше всего удивляет, как мало гнева (и воли к борьбе) вызывается этой ситуацией».^[31] Я полагаю, что этот феномен объясняется (**бессознательной?**) **установкой** таких людей **на абстиненцию**. Можно охарактеризовать основную идею абстинентной аддиктивности – «страдание (воздержание от чего-либо) есть единственно возможный способ существования». Частным случаем этого является т.н. «сухие» алкоголики. Вот что пишут о них Ц.Короленко и Н.Дмитриева: «...потеряв возможность

реализовывать аддикцию, человек не перестает быть аддиктом. Он остается аддиктом, но без реализации. Отсюда происхождение термина "сухой" алкоголик. Человек не употребляет алкоголь, но остаются механизмы, ждущие своей реализации»^[32].

Интересны в этой связи и результаты наблюдений М.Пордера – участника Исследовательской группы Криса (Kris Study Group), возглавляемой доктором Бреннером, которая с 1973 по 1977 год изучала пограничных пациентов.^[33] «...они (пограничники – А.Б.)... проявляли отчаянную прилипчивость и зависимое поведение или, наоборот, ледяное равнодушие...».

Исходя из вышеизложенного, логично предположить, что «пограничник» с внешне непроявленной аддиктивностью – это человек, который в силу особенностей своей истории (временно) потерял способность «нормальным» (т.е. ранее привычным для себя) способом реализовывать свою аддикцию, но не регрессировал к более архаичной форме зависимости, а каким-то образом инвертировал свою потребность. Такой человек – **абстинентный аддикт**, человек, **болезненно зависящий от своей НЕ-зависимости**. В этом аспекте можно рассмотреть «связку» булиimia-анорексия как пример «нормальной» пищевой аддикции - булиimia и абстинентной (инвертированной) аддикции - анорексия.

В комедии А.С.Грибоедова блестяще описан абстинентный «отношенческий» аддикт - Чацкий. Это человек с неуравновешенными аффектами, демонстративно не приемлющий социальные ценности и установки современного общества, его «любовь» к Софье – это некий интеллектуальный конструкт, за которым «влюбленный» не способен увидеть живого человека. Антагонист Чацкого, Молчалин, произносит ужасную для нашего героя фразу «Ведь надобно ж зависеть от других...». Я предлагаю дать феномену «абстинентной аддиктивности» название – «синдром Чацкого».

Допуская, что всё вышеизложенное справедливо, можно принять и справедливость утверждения: «ВСЯКИЙ "ПОГРАНИЧНИК" – ЭТО ЯВНЫЙ ИЛИ АБСТИНЕНТНЫЙ АДДИКТ».

О коррекции аддиктов

Опираясь на изложенное в предыдущей главе, можно далее утверждать, что коррекция аддиктивности – это, по сути, работа с пограничным пациентом. И наоборот – работа с пограничным пациентом может быть построена на работе с аддиктивностью (явной или абстинентной). В этом аспекте работа аналитика на первом этапе должна иметь своей целью формирование у клиента «отношенческой аддикции» первого рода (см. главу «О природе различных видов аддикций») по отношению к аналитику, либо по отношению к терапевтической группе. Восстановление у клиента возможности иметь «отношенческую аддикцию» первого рода связано с преодолением его абстинентности, обусловленной фрустрацией потребности в такой зависимости. Абстинентность эта может быть выражена как простым «воздержанием от отношений зависимости» (вариант формы проявления – промискуитетное поведение), так и регрессом на «нижележащую» стадию зависимости химической.

При этом критически важным является тот факт, что аддикт в любом случае (осознанно или нет) боится возникновения «...своей зависимости от терапевта как от реального объекта или ярости, вызванной фрустрацией потребности в этой зависимости.»^[34].

Для преодоления этого препятствия, на наш взгляд, одной из составляющих этого этапа динамической терапии может быть осторожное обсуждение зависимости аналитика от отношений с людьми, и в том числе – зависимости аналитика от отношений со своим клиентом. Аналитик, проявляя свою зависимость от отношений с аддиктом, при этом демонстрирует свою сохранность. – «Я завишу от отношений с тобой – и это не разрушает меня, я продолжаю жить и остаюсь самим собой».

Формирование «добротной» отношенческой аддикции первого уровня устраняет психическую потребность как в отношенческой аддикции второго уровня (непостоянность и неразборчивость в межличностных отношениях), так и в химической зависимости.

В случае успешного формирования такой «полезной» зависимости естественным образом может происходить процесс интернализации (интроекции с последующей идентификацией) аддиктом объекта зависимости, превращение внешнего объекта в сэлф-объект^[35]. Таким образом, зависимость остается, но она «помещается внутрь», что приводит к очевидному повышению уровня автономии личности.

При этом «на внутреннем плане» можно говорить о «залечивании базисного дефекта»^[36], появлении спаянного (нерасщепленного) self - «восстановлении самости»^[37], преодолении, развитии «истинного Я» по Д.В.Винникотту, преодолении «диффузной идентичности»^[38].

^[11] Опубликовано: Уральский психоаналитический вестник №2. Екатеринбург. 2005.

^[2] Сэбшин Э. Психоаналитические исследования аддиктивного поведения: обзор // Психология и лечение зависимого поведения/Под ред.С.Даулинга М.: "Класс", 2000.

^[3] Джекобсон Дж. Преимущества полимодального подхода к пониманию аддиктивного поведения // Психология и лечение зависимого поведения/Под ред.С.Даулинга М.: "Класс", 2000.

^[4] Сэбшин Э. Психоаналитические исследования аддиктивного поведения: обзор // Психология и лечение зависимого поведения/Под ред.С.Даулинга М.: "Класс", 2000, с.18.

^[5] там же, с.18.

^[6] там же, с.19.

^[7] там же, с.24.

^[8] Ханзян Э.Дж. Уязвимость сферы саморегуляции у аддиктивных больных: возможные методы лечения // Психология и лечение зависимого поведения/Под ред.С.Даулинга М.: "Класс", 2000.

^[9] там же, с.35.

^[10] там же, с.38.

^[11] Кристал Г. Нарушение эмоционального развития при аддиктивном поведении // Психология и лечение зависимого поведения/Под ред.С.Даулинга М.: "Класс", 2000.

^[12] Кристал Г. Травма и аффекты - ЖППиП // 2002, №3.

^[13] МакДугалл Д. Тысячеликий эрос.-СПб: ВЕИП, Б.С.К., 1999.

^[14] Сэбшин Э. Психоаналитические исследования аддиктивного поведения: обзор // Психология и лечение зависимого поведения/Под ред.С.Даулинга М.: "Класс", 2000, с.24.

^[15] Там же, с.24.

^[16] Там же, с.25.

^[17] Меерс Д.Р. Аддиктивное поведение глазами детского аналитика // Психология и лечение зависимого поведения/Под ред.С.Даулинга М.: "Класс", 2000, с. 169.

^[18] Меерс Д.Р. Аддиктивное поведение глазами детского аналитика // Психология и лечение зависимого поведения/Под ред.С.Даулинга М.: "Класс", 2000, с. 170.

^[19] Автору трудно отказаться от предположения, что не только людям, но и другим биологическим объектам.

^[20] Фрейд З. По ту сторону принципа удовольствия // Я и ОНО: Сочинения. – М.: ЭКСМО-Пресс, 2000, с.740.

^[21] Там же, с.738.

^[22] Там же, с.743.

^[23] Там же, с.744, 745.

^[24] Кернберг О.Ф. Тяжелые личностные расстройства. М.: "Класс", 2000, с.299.

^[25] Шлыков В.Н. Влечения. Краткий очерк. – Екатеринбург: АМБ, 2004.

^[26] Куттер Петер Современный психоанализ.- СПб.: "Б.С.К.", 1997. См. также: Мак-Вильямс Н. Психоаналитическая диагностика: Понимание структуры личности в клиническом процессе.-М. "Класс", 1998.

^[27] Кохут Х. Восстановление самости. - М.: "Когито-Центр", 2002.

^[28] Короленко Ц.П., Дмитриева Н.В. Социодинамическая Психиатрия. - М.:Акад.проект", 2000.

^[29] Мак-Вильямс Н. Психоаналитическая диагностика: Понимание структуры личности в клиническом процессе.- М. "Класс", 1998, с. 63

^[30] Короленко Ц.П., Дмитриева Н.В. Аддиктивное поведение при пограничных личностных расстройствах

http://www.sfera.infomsk.ru/~reg/reg_p.html

^[31] Балинт М. Базисный дефект: Терапевтические аспекты регрессии. - М.: "Когито-Центр", 2002, с.33.

^[32] Короленко Ц.П., Дмитриева Н.В. Социодинамическая Психиатрия. - М.:Акад.проект", 2000, с.288.

^[33] Пордер М. Клиническое рассмотрение пограничного пациента// ЖППиП 2001, №1-2.

^[34] Калшед Д. Внутренний мир травмы: Архетипические защиты личностного духа. – М.: Академический Проект, 2001, с.176.

^[35] Кохут Х. Восстановление самости. - М.: "Когито-Центр", 2002.

^[36] Балинт М. Базисный дефект: Терапевтические аспекты регрессии. - М.: "Когито-Центр", 2002.

^[37] Кохут Х. Восстановление самости. - М.: "Когито-Центр", 2002.

^[38] Мак-Вильямс Н. Психоаналитическая диагностика: Понимание структуры личности в клиническом процессе.- М. "Класс", 1998.