

ДИССОЦИИРОВАННАЯ ИДЕНТИЧНОСТЬ ДЕПРЕССИВНОГО ПАЦИЕНТА

Светлана Леонидовна Соловьева

*Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова,
кафедра общей, медицинской психологии и педагогики,
191015, Санкт-Петербург, ул. Кирочная, 41, e-mail: S-Solovieva@ya.ru*

Реферат. Статья посвящена интерпретации феномена депрессии с позиций психодинамического подхода, который в качестве ключевого этиологического фактора психического страдания рассматривает насилие и утрату. Механизмы диссоциации нейтрализуют психическую травму, что неизбежно приводит к более или менее выраженным нарушениям идентичности. Соответствующие теоретические представления ложатся в основу психотерапии депрессивного пациента.

Ключевые слова: идентичность, диссоциация, депрессия, психическая травма, психотерапия.

DISSOCIATIVE IDENTITY IN THE DEPRESSED PATIENT

Svetlana L. Solovieva

I.I. Mechnikov Northwest State Medical University,
Department of General, Medical Psychology and Pedagogy, 41,
Kirochnaya St., 191015, Saint Petersburg,
e-mail: S-Solovieva@ya.ru

The paper deals with an interpretation of the depression phenomenon from the perspective of the psychodynamic approach, in a framework of which we treat the loss and violence as a key etiological factor of psychic suffering. Dissociation mechanisms neutralize the psycho trauma and this inevitably causes more or less pronounced identity disorders. Corresponding abstract concepts provide the basis for psychotherapy to the depressed patient.

Key words: identity, dissociation, depression, psycho trauma, psychotherapy.

Поскольку единых теоретико-методологических позиций, принятых для интерпретации различных форм психической патологии, не существует, в отношении каждой диагностической категории применяются разные концепции. При интерпретации феномена депрессии наиболее часто используется психодинамический подход, который в качестве ключевого этиологического фактора психического страдания рассматривает насилие и утрату [30]. Непережитая психическая травма, для совладания с которой ресурсов личности оказывается недостаточным, нейтрализуется с помощью механизмов диссоциации, что неизбежно приводит к более или менее выраженным нарушениям идентичности [4, 5, 25, 26]. Как отмечает Г. Аммон, «в центре депрессивного феномена стоит страх перед собственной идентичностью» [1].

По мнению представителей психодинамического направления, депрессия всегда переживается в рамках объектных отношений и в них также может быть понятна. Теория объектных отношений, как отмечает L. Stone, имеет большое значение для лечения депрессивных пациентов: терапевты, выстраивая психотерапевтический процесс, прислушиваются к позиции «интроектов» как интернализованных других, которые, влияя на ребенка в детстве, продолжают жить во взрослой личности. Bibring [15] интерпретирует депрессию с позиции «состояния Я» как «эмоционального выражения беспомощности и безвластия Я», которое формирует «общее ядро нормальной, невротической и, вероятно, также и психотической депрессии».

Большое значение для понимания механизмов депрессивной организации психики имеют работы Мелани Кляйн [20–23]. Теория объектных отношений, в отличие от классического психоанализа, считает, что люди первично стремятся не к поиску удовольствия, а к поиску объектов [19]. В рамках объектных отношений сформулированы положения, которые позволяют интерпретировать не только внутриличностные, но также и межличностные проблемы при депрессии. В частности, Rado (1928) отмечает, что депрессивный больной постоянно ищет ситуации, проникнутые либидинозной атмосферой, однако неспособен к удавшимся объектным отношениям и обращается со своими объектами любви как с собственностью – доминируя, безжалостно и авторитарно. Jacobson подчеркивает, что депрессивно реагирующие пациенты игнорируют некомпетентность и слабость любимого объекта, а также и собственные возможности к самостоятельности, что служит последовательному поддержанию отношений патологической зависимости. Это обстоятельство, по мнению Г. Аммона, указывает на факторы, имеющие значение для формирования границы «Я» и обуславливающих ее патогенные нарушения, так называемую «депрессивную дыру в Я». В соответствии с представлениями Аммона, потребность в активном отграничении, активном формировании и творческом определении этих границ есть та потребность, которая сильнее всего подавляется в патогенезе депрессии. Семейные структуры, которые сами как целое неспо-

собны активно определять собственные границы, реагируют страхом на инфантильное желание активного опыта и отграничения ребенка. Функции «Я» конструктивной агрессии и креативности отсекаются затем от чувства «Я» с помощью отщепления и отрицания. Возникает «депрессивная дыра в Я», динамика которой определяется регрессивным голодом по объектам, по отношению к которым дозволяется лишь позиция пассивного реципиента [1, 2]. Обобщая свои представления о формировании депрессивного страдания, Г. Аммон отмечает: «Этот бессознательный конфликт определяет также партнерские отношения депрессивного больного, которые он может поддерживать лишь как пассивный реципиент любви и обращения, т.е. депрессивный больной пытается сделать все, чтобы получить от партнера любовь и признание, не имея возможности давать их сам» [1]. Концепция Ш. Радо сфокусирована в этой связи на интерперсональных процессах у депрессивных больных [3], которые характеризует зависимость от другого человека в удовлетворении потребностей и самоуважения. Движимые этими стремлениями, депрессивные люди развивают в себе способность располагать к себе окружающих. Однако по мере обретения уверенности, они становятся все более требовательными и агрессивными, что доводит партнера до границ толерантности и заставляет стремиться к разрыву. После этого депрессивные субъекты впадают в другую крайность и начинают молить о прощении, развивая чувство вины и жалости к себе. Таким образом, в отношениях депрессивного с объектом любви Ш. Радо прослеживает жесткий стереотип: враждебность – чувство вины – «падение на колени».

Анализируя причины и механизмы возникновения депрессии, в качестве ключевых факторов формирования депрессивного страдания практически всеми авторами отмечаются непережитое насилие и непережитая утрата объекта. Насилие и утрата того самого главного, что составляет суть индивидуальности человека, и для компенсации чего нет и не может быть никаких психологических ресурсов, провоцирует формирование диссоциативных симптомов, которые выполняют функцию психологической защиты, избавляя субъекта от признания того, что уничтожило бы его собственную ценность. Нэнси Мак-Вильямс одной из первых обратила внимание на появление специфических психологических проблем депрессивных пациентов, связанных с диссоциативными чертами: «Вместо целостного «Эго» с присущими ему функциями самонаблюдения, такие пациенты, по-видимому, имеют различные «состояния Эго» — состояния, когда они чувствуют и ведут себя совершенно по-другому, чем в другое время. Находясь в тисках этих состояний, они неспособны объективно рассматривать то, что происходит с ними, и настаивают, что их теперешнее эмоциональное состояние является естественным и неизбежным в сложившейся ситуации» [11].

Путь, которым интроекция может приводить к патологии, связан с горем и его отношением к депрессии (Freud, 1917). Когда кого-то мы любим, мы интроецируем этого человека, и его репрезентация внутри нас становится частью нашей идентичности. Если человек, образ которого мы интернализировали, умер, мы чувствуем не только, что *окружающий нас мир* стал беднее, но также что какая-то часть нашего собственного «Я» умерла. Утрата значимого «Другого» переживается как частичная собственная смерть. Чувство пустоты начинает доминировать во внутреннем мире. Людей, систематически использующих интроекцию для уменьшения тревоги и сохранения собственного «Я» путем удержания психологических связей с неудовлетворительными объектами ранних лет жизни, можно со всем основанием рассматривать как характерологически депрессивных.

С этих позиций характер человека рассматривается психотерапевтами психоаналитической ориентации как прогнозируемые паттерны поведения, повторяющиеся действия ранних объектов, или как бессознательное стремление заставить других вести себя подобно этим объектам. Вследствие такой психологической операции пациент фактически идентифицирует себя с объектом. «Интроецированное» депрессивное состояние, свойственное депрессивному расстройству личности (ДЛР), соединяется с элементом аналитической (зависимой) депрессии, описанной впервые Р. Шпитцем [30]. При интроективной форме депрессии личностная уязвимость локализована в области самооценности и идентичности. Ей соответствуют ангедония, социальная отгороженность, интенсивные самообвинения, чувство вины, перманентное недовольство собой, переживания никчемности и неудачливости. Эти депрессивные индивиды живут в постоянном «цензурировании» собственных проявлений и суровом самооценивании, испытывая хронический страх неодобрения, критики и отвержения. Они стремятся к высоким достижениям, конкурируя с другими. В силу высокой конкурентности, они могут быть очень критичны к другим людям и нападать на них, так же, как и на самих себя [16].

Депрессия и личность. В соответствии со сложившейся традицией, и психологи, и психиатры пытаются разобраться в том, какие люди (какие личности, характеры) наиболее склонны к депрессии. Описывается, в частности, понятие «статотимии» как особого комплекса личностных черт, характерных для больных депрессией: склонность к педантизму, неспособность спокойно отдыхать в выходные дни, повышенная требовательность к себе в отношении количества и качества работы, чувство постоянной неудовлетворенности из-за чрезмерности поставленных задач [11, 15].

В психоанализе, в свою очередь, выделяют два типа личностей, склонных к депрессии. К первому типу (интроективная депрессия) относятся люди с постоянной самокритикой, испытывающие чувство вины

и сосредоточенные на достижениях. Ко второму типу (анаклитическая депрессия) – клиенты с проблемами привязанности и зависимости от другого человека, трудностями выстраивания личностных границ [17]. Психодинамические исследования подвели специалистов по психическому здоровью к осознанию тесной связи депрессивности с такой чертой характера, как перфекционизм [3, 16]. Психодинамическим принадлежит первенство в описании таких депрессогенных характеристик личности, формирующихся в тяжелых обстоятельствах детства, как: хрупкое самоуважение, «оральные» черты характера, межличностная зависимость, перфекционизм, деструктивная агрессивность, враждебность, незрелые защитные механизмы. Как отмечает Е.Т. Соколова, «возникновение депрессии является сигналом, что сложившийся стиль эмоционального реагирования, включающий вытеснение, проекцию, формирование реакции, оказался неэффективным». Депрессия, по мнению автора, сама «становится экзистенциальным защитным механизмом, с помощью которого пациент бессознательно надеется сохранить привычно-благоприятное (в сущности, идеализированное и фальшивое) представление о своем «Я». Депрессия также является симптомом экзистенциального кризиса, своеобразным предупреждением – «дальше так обманывать себя опасно», последним шансом на обретение своего истинного «Я» [12]. Эти дисфункциональные черты препятствуют успешной переработке стрессогенных обстоятельств и, более того, интенсифицируют жизненный стресс, выступая в качестве «психологической почвы» для актуализации симптомов личностных расстройств.

Ц.П. Короленко, описывая ДЛР, считает, что основной его чертой является стойкий паттерн депрессивных когний и поведения [7, 8]. Критерии для диагностирования ДЛР, отмечает автор, представлены следующими признаками: уныние, безрадостность, отсутствие чувства удовольствия, убеждения в собственной беспомощности, неадекватности, пессимизм, чувство вины, угрызания совести, озабоченность, негативизм. Депрессивные когнии (мысли, суждения, умозаключения) и поведение включают устойчивое и пронизывающее все психическое состояние чувство унижения, мрачности, безрадостности. Поведение лиц с ДЛР носит в целом неассертивный (нежизнеутверждающий) характер. Социальная активность, самостоятельность в принятии решений практически отсутствуют. Могут быть представлены черты зависимости, что находит выражение в подчинении (субмиссивности) другим во многих аспектах: следование советам, принятие решений в ситуации выбора, пассивное согласие на выполнение нежелательных видов деятельности и др. Чувство вины у депрессивных личностей его-синтонно, интегрировано в «Я» и постоянно. Наряду с чувством вины представлены грусть и печаль [7, 8].

МКБ и DSM также фиксируют взаимосвязь диссоциативных признаков при депрессиях с утратой идентичности при личностных расстройствах [33, 34]. В DSM-IV-TR перечисляется девять категорических критериев пограничного расстройства личности (ПРЛ), пять из которых должны присутствовать для постановки диагноза, в частности, недостаточное или отсутствующее осознание собственной идентичности. На практике лица с ПРЛ описывают себя сбивчиво и противоречиво, в отличие от других пациентов, у которых обычно есть более ясное понимание того, кто они такие. Для преодоления своего неопределенного и по большей части негативного представления о себе пограничные личности, как актеры, постоянно ищут «хорошие роли», законченных «персонажей», с помощью которых они могут заполнить вакуум своей идентичности [10, 25].

В последние два десятилетия наблюдается взрыв исследований и клинических сообщений на тему множественной личности и диссоциации. Во всех этих изданиях подчеркивается тот факт, что диссоциирующих людей значительно больше, чем считалось ранее. «Изменения, происходящие в современном обществе, – пишут Ц.П. Короленко, Н.В. Дмитриева, Е.Н. Загоруйко, – способствуют росту состояний, связанных с трансформацией идентичности» [6], что отражает формирование социопсихологической парадигмы в современной психиатрии [4–6]. По мнению Marcia (1970), достигнутая идентичность встречается редко; человек имеет в каждый момент времени, в зависимости от интенсивности социально-стрессовых факторов, смешанное состояние идентичности [25, 26], то есть, как можно предположить, психологические предпосылки для депрессии.

Несмотря на то, что глубокий кризис диагностируется далеко не у всех, те или иные проблемы, связанные с поиском утраченной стабильной идентичности, возникают практически перед каждым [6]. Эпизодическая или мягкая диссоциация может способствовать проявлениям мужества перед лицом боевой травмы у комбатантов [11]. Недостатком такой защиты является ее тенденция автоматически включаться в условиях, когда в этом нет необходимости, не существует риска для жизни, и когда более эффективная адаптация к угрозе нанесла бы меньший урон общему функционированию. Травмированные люди склонны реагировать на обычный стресс как на опасность для жизни, демонстрируя такие диссоциативные черты, как амнезия, флэшбэки, ночные кошмары, снижение эмоционального контроля, дереализация и деперсонализация [6]. Тот, кто постоянно прибегает к защите диссоциативными симптомами, расплачивается за это редуцированными межличностными отношениями.

Нарушения идентичности, связанные с формированием диссоциативных черт, сочетаются с другими, в первую очередь, эмоциональными и поведенческими расстройствами. Джерольд Крейсман и Хэл

Страус в работе, посвященной признакам пограничного расстройства личности, отмечают их склонность к аддиктивному поведению [10]. Приманка экзотических переживаний, получаемых через секс, наркотики или иные средства, пишут авторы, иногда слишком действует на пограничных пациентов... Это выглядит так, как будто, когда битва за поиск собственной идентичности становится невыносимой, оптимальное решение для них – либо потерять ее окончательно, либо достичь ее подобия через боль или оцепенение [10]. В литературе широко представлены описания психологических особенностей лиц с нарушениями идентичности [6, 10, 18, 25]. Пограничная личность, в частности, с большим трудом распознает нюансы и оттенки психологических особенностей других и отношений с ними. Когда идеализированная фигура чем-то разочаровывает пограничную личность, ей приходится полностью менять структуру своего строгого и жесткого концептуального представления. В итоге либо идол изгоняется в темницу, либо сам пациент изгоняет самого себя во имя сохранения «положительного со всех сторон» образа другого человека. Чрезмерная близость грозит удушением для пограничной личности, вызывая у нее раздражение по отношению к партнеру. В то же время отстраненность или попытка оставить ее одну возвращает к ощущению заброшенности. В любом из этих случаев реакция пограничной личности яркая, бурная и разрушительная. Она боится одиночества и поэтому цепляется за людей; она боится быть поглощенной и поэтому отталкивает их от себя. Она жаждет близости, но в то же время боится ее. Заканчивается все тем, что она отпугивает тех, с кем больше всего хочет сблизиться.

Диссоциированные психическими травмами индивиды имеют тенденцию полагать: текущая реальность – это только передышка от более злоедей «настоящей» реальности – эксплуатации, покинутости, мучений. Даже имея достигнутую идентичность, такой человек в кризисной ситуации входит в состояние спутанной идентичности [10]. Сравнительно недавно, в 2009 году, в статье в *Time* сообщалось, что «больше всего психологи боятся пограничных расстройств» и «многие психотерапевты понятия не имеют, как их лечить». Как заметила Марша Лайнен, ведущий эксперт по ПРЛ, «люди с ПРЛ в психологии – это аналог пациентов с ожогами третьей степени. Грубо говоря, у них попросту отсутствует эмоциональный кожный покров. Даже малейшее касание или движение может причинить им невообразимые страдания».

Депрессивное страдание традиционно рассматривается в контексте личностных нарушений. Анализ фундаментальных обзоров свидетельствует о высокой коморбидности депрессивных расстройств и личностной патологии [3]. Исследовательской группой А. Бека оценивалась частота коморбидных личностных расстройств при различных вариантах депрессии. В результате проведенных исследований

было показано, что 50% пациентов с большим депрессивным расстройством, 52% пациентов с дистимией и 69% пациентов с «большой депрессией» в сочетании с дистимией имеют, по меньшей мере, одно личностное расстройство [29]. Категория субаффективных расстройств описывает сочетание черт пограничного личностного расстройства и монополярных аффективных расстройств [14]. Депрессии у этих лиц характеризуются чувствами пустоты и внутренней «плохости», зависимостью от других людей, деструктивностью и гневом. Приведенные сведения позволяют Н.Г. Гараян рассматривать объяснительную модель депрессии, предложенную психоаналитиками, как вариант predispositional модели [3]. Основной тезис заключается в признании центральной роли жизненной истории личности и травмирующей внешней реальности в возникновении депрессогенных переживаний безнадежности [3]. Опыт длительного пребывания во власти тиранящих и садистических личностей, серьезной инвалидизирующей болезни, проживания в условиях заброшенности, родительских неудач и других вариантов физической и психологической боли может быть интроецирован в глубинное чувство невозможности изменить реальность [2, 9, 32]. «Для рассматриваемой группы больных, – пишет Е.Т. Соколова, – «поиск себя» затруднен в силу невыраженности переживаний потери смысла «Я» [12].

Лечение депрессивных нарушений, как и их интерпретация, в подавляющем числе случаев также основано на психоаналитическом подходе (в отличие от отдельных симптомов депрессии, которые успешно лечатся с использованием моделей когнитивно-поведенческой психотерапии). Нэнси Мак-Вильямс, не разделяя депрессию и депрессивное расстройство личности в отношении рекомендаций по психотерапии, делает общие ключевые замечания в отношении лечения [11]. Ею формулируются, в частности, базовые представления о феномене нового пациента, которые ложатся в основу разрабатываемой автором психотерапии: «Вместо переполненности бушующими примитивными интроектами эти люди жаловались на пустоту – скорее на отсутствие внутренних объектов, чем на охваченность ими. Они были лишены ... надежных ориентирующих ценностей, они обращались к терапии, чтобы обрести смысл жизни. Внешне они могли казаться очень самоуверенными, но внутренне находились в постоянном поиске подтверждений того факта, что их принимают, любят или ценят [11]. Складывалось впечатление, что проблемы подобных пациентов заключались в их чувствах относительно того, кто они такие, каковы их ценности и что поддерживает их самоуважение. Они иногда могли говорить, что не знают, кто они такие, и что для них имеют значение только уверения в том, что они сами что-то значат».

Нэнси Мак-Вильямс дифференцирует депрессивных пациентов, относящихся к разным диагностическим категориям. Пограничные пациенты, по

мнению автора, отличаются в сфере *интеграции идентичности*. Их ощущение собственного «Я» полно противоречий. Когда пограничных клиентов просят описать собственную личность, они испытывают затруднения. Аналогичным образом, когда их просят описать важные фигуры в их жизни, пограничные пациенты отвечают чем угодно, но не трехмерным, чувственным, оживляющим описанием узнаваемых человеческих существ. Имея дело со своими ограничениями в области интеграции идентичности, пограничные клиенты склонны и к враждебной защите. Поскольку эти люди никогда не были другими, у них отсутствует представление о том, что значит иметь интегрированную идентичность, обладать зрелыми защитами, способностью откладывать удовольствие, терпимостью к противоречивости и неопределенности. Они хотят просто перестать получать травмы или избавиться от критики. Жизнь с таким базовым конфликтом, который не поддается немедленной интерпретации, изматывает пограничных пациентов, их семьи, друзей и терапевтов [2].

Задачей психотерапии становится, во-первых, определение конфликта, помощь пациенту в переживании связанных с ним эмоций, разработка новых решений для работы с ним. Целью терапии, проводимой с пациентами, обладающими пограничной структурой, во-вторых, является развитие целостного, надежного, комплексного и позитивно значимого ощущения самих себя [9, 11]. Наряду с этим процессом происходит развитие способности полноценно любить других людей, несмотря на их изъяны и противоречия. Для пограничных людей направлением психологических изменений является постепенное продвижение от неустойчивой реактивности к стабильному приятию своих чувств, ценностей и восприятия жизни. Ключевым вопросом, позволяющим оценить достигнутые изменения, является следующий: «Для кого ты это делаешь? Кому хочешь продемонстрировать свои достижения? Одобрения какого человека ты сейчас добиваешься?». Признаком достигнутой идентичности на практике может, в частности, являться ответ «для себя».

Как отмечают Ц.П. Короленко, Н.В. Дмитриева, Е.Н. Загоруйко, ключевой проблемой современного человека является конструирование собственной идентичности [6]. По мнению Эриксона, поиск личностной идентичности – центральная проблема периода взросления. Депрессивные люди нередко справляются со своей бессознательной динамикой нарушенной идентичности благодаря тому, что оказывают помощь другим, проявляя при этом филантропическую активность, делая вклад в социальный прогресс, что позволяет им противостоять вине [11]. Психотерапевты, в частности, часто сами обладают депрессивной характерологической динамикой и ищут возможности помогать другим [11].

Процесс развития идентичности продолжается всю жизнь [6] и связан с преодолением диссоциативных нарушений в структуре депрессивных переживаний, связанных с утратами. Интегрирующая работа «Эго» необходима в каждой новой социальной ситуации ломки жизненного стереотипа. По мнению Ц.П. Короленко, Н.В. Дмитриевой, Е.Н. Загоруйко, этот процесс предполагает формирование новых ценностей и новых целей в изменившейся социальной ситуации [6]. Люди обладают разной способностью меняться, и наиболее адаптивными оказываются те, кто способен к динамичным трансформациям идентичности [25]; они обладают более высокой самооценкой [24], демонстрируют более высокие показатели обучаемости [18], более высокие показатели памяти [27, 28], и в меньшей степени обнаруживают склонность к депрессии.

ЛИТЕРАТУРА

1. Аммон Г. Динамическая психиатрия. Перевод и научная редакция В.Д. Вида. Санкт Петербург: Изд-во Психоневрологического института им. В.М. Бехтерева, 1995. 200 с.
2. Балинт М. Базисный дефект. М.: Когито-Центр, 2002. 255 с.
3. Гаранян Н.Г. Депрессия и личность: обзор зарубежных исследований. Часть 2 // Социальная и клиническая психиатрия. 2009. Т. XIX, №1. С. 79–89.
4. Короленко Ц.П., Дмитриева Н.В. Психоанализ и психиатрия. Новосибирск: Изд-во НГПУ, 2003. 667 с.
5. Короленко Ц.П., Дмитриева Н.В. Социодинамическая психиатрия. М.: «Академический Проект», Екатеринбург: «Деловая книга», 2000. 460 с.
6. Короленко Ц.П., Дмитриева Н.В., Загоруйко Е.Н. Идентичность в норме и патологии. Новосибирск: Изд-во НГПУ, 2000. 256 с.
7. Короленко Ц.П. Личностные расстройства. М.: Питер, 2010. 540 с.
8. Короленко Ц.П., Дмитриева Н.В. Личностные и диссоциативные расстройства: расширение границ диагностики и терапии. Новосибирск: Издательство НГПУ, 2006. 448 с.
9. Кохут Х. Восстановление самости. М.: Когито-Центр, 2002. 315 с.
10. Крейсман Дж., Страус Х. Я ненавижу тебя, только не бросай меня. Пограничные личности и как их понять. / Перевод на русский язык. ООО Издательство «Питер», 2017. 310 с.
11. Мак-Вильямс Н. Психоаналитическая диагностика: Понимание структуры личности в клиническом процессе / Пер. с англ. М.: Независимая фирма «Класс», 2001. 480 с.
12. Соколова Е.Т. Самосознание и самооценка при аномалиях личности. М.: Изд-во МГУ, 1989. 215 с.
13. Фенихел О. Психоаналитическая теория неврозов. М.: Академический проект, 2005. 845 с.
14. Akiskal H., Chen E., Davis G. et al. Borderline: An adjective still in search of a noun // J. Clin. Psychiatry. 1985. Vol. 46. P. 41–48.
15. Bibring E. The mechanism of depression // Affective disorders. Psychoanalytic contributions to their study [P.Greenacre (Ed.)]. N.Y.: Int. Univ. Press, 1953. P. 13–48.
16. Blatt S. The destructiveness of perfectionism. Implications for the treatment of depression // Am. Psychologist. 1995. Vol. 50, №12. P. 1003–1020.
17. Corruble E., Ginestet D., Guelfi J. Comorbidity of personality disorder and unipolar major depression: a review // J. Affective Dis. 1996. Vol. 37. P. 157–170.

18. Cross, Allen J.G. Ego identity status, adjustment and academic achievement // *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 1970. Vol. 34. P. 288.

19. Fairbairn W. *Psychoanalytic Studies of Personality*. London, Routledge, 1952.

20. Klein M. Eine Kinderentwicklung. Imago, 1921. Vol. 7. P. 251–309.

21. Klein M. Mourning and Its Relation to Manic-Depressive States. In *Love, Guilt and Reparation and Other Works 1921–1945*. New York, The Free Press, 1975.

22. Klein M. *Contributions to Psycho-Analysis*. London, Hogarth Press, 1950.

23. Klein M. Our Adult World and Its Roots in Infancy // *Human Relations*. 1959. Vol. 12. P. 291–303.

24. Lobel T.E., Winch G.L. Psychosocial development, Self-concept and gender // *Journal of Psychology*. 1988. Vol. 149. P. 405–411.

25. Marcia J.E. Development and validation of Ego-identity status // *Journal of Personality and Social Psychology*. 1966. Vol. 3. P. 551–558.

26. Marcia J.E. Ego identity status: Relationship to change in Self-esteem, «general maladjustment» and authoritarianism // *Journal of Personality*. 1967. Vol. 35. P. 118–133.

27. Neimeyer G.J., Rareshide M.B. Personal memories and personal identity: The impact of ego identity on autobiographical memory recall // *Journal of Personality and Social Psychology*. 1991. Vol. 60. P. 562–569.

28. Orlofsky J.L., Frank M. Personality structure as viewed through early memories and identity status in college men and women // *Journal of Personality and Social Psychology*. 1986. Vol. 50. P. 580–586.

29. Sanderson W., Beck A., Keswani L. Prevalence of personality disorders in patients with major depression and dysthymia // *Psychiatry Res*. 1992. Vol. 42. P. 92–99.

30. Spitz R. Аналитическая депрессия. Psycho-Analytic Study of the Child, II. New York. International University Press, 1946. P. 313–342.

31. Siever L.J., Davis K.L. A psychobiological perspective on the personality disorders // *Am. J. Psychiatry*. 1991. Vol. 148, № 10. P. 1647–1658.

32. Winnicott D.W. *The maturational processes and the facilitating environment*. London: The Hogarth Press, The Institute of Psychoanalysis, 1965. 264 p.

33. Widiger T. DSM-IV Reviews of the Personality Disorders: Introduction to Special Series // *Journal of Personality Disorders*. 1998. Vol. 5. P. 122–134.

34. Widiger T., Costa P., McCrae R. A Proposal for Axis II: Diagnostics Personality Disorders Using the Five-factors Model. In: P. Costa, T. Widiger (Eds.). *Personality Disorders and the Five-Factors Model of Personality* (2nd ed., pp.431–456). Washington, DC, American Psychological Association, 2002.

REFERENCES

1. Ammon G. *Dinamicheskaya psikhatriya*. Perevod i nauchnaya redaktsiya V.D. Vida. St.Petersburg: Izd-vo Psikhonevrologicheskogo instituta im. V.M. Bekhtereva, 1995. 200 p. (in Russian)

2. Balint M. *Bazisnyi defekt*. Moscow: Kogito-Tsentr, 2002. 255 p. (in Russian)

3. Garanyan N.G. *Sotsial'naya i klinicheskaya psikhatriya*. 2009. Vol. XIX, №1. pp. 79–89. (in Russian)

4. Korolenko Ts.P., Dmitrieva N.V. *Psikhoanaliz i psikhatriya*. Novosibirsk: Izd-vo NGPU, 2003. 667 p. (in Russian)

5. Korolenko Ts.P., Dmitrieva N.V. *Sotsiodinamicheskaya psikhatriya*. Moscow: «Akademicheskii Proekt», Ekaterinburg: «Delovaya kniga», 2000. 460 p. (in Russian)

6. Korolenko Ts.P., Dmitrieva N.V., Zagoruiko E.N. *Identichnost' v norme i patologii*. Novosibirsk: Izd-vo NGPU, 2000. 256 p. (in Russian)

7. Korolenko Ts.P. *Lichnostnye rasstroistva*. Moscow: Piter, 2010. 540 p. (in Russian)

8. Korolenko Ts.P., Dmitrieva N.V. *Lichnostnye i dissotsiativnye rasstroistva: rasshirenie granits diagnostiki i terapii*. Novosibirsk: Izdatel'stvo NGPU, 2006. 448 p. (in Russian)

9. Kokhut Kh. *Vosstanovlenie samosti*. Moscow: Kogito-Tsentr, 2002. 315 p. (in Russian)

10. Kreisman Dzh., Straus Kh. *Ya nenavizhu tebya, tol'ko ne brosay menya. Pogranichnye lichnosti i kak ikh ponyat'*. / Perevod na russkii yazyk. OOO Izdatel'stvo «Piter», 2017. 310 p. (in Russian)

11. Mak-Vil'yams N. *Psikhoanaliticheskaya diagnostika: Ponimanie struktury lichnosti v klinicheskom protsesse* / Per. s angl. Moscow: Nezavisimaya firma «Klass», 2001. 480 p. (in Russian)

12. Sokolova E.T. *Samosoznanie i samootsenka pri anomalnykh lichnosti*. Moscow: Izd-vo MGU, 1989. 215 p. (in Russian)

13. Fenikhel O. *Psikhoanaliticheskaya teoriya nevrozov*. Moscow: Akademicheskii proekt, 2005. 845 p. (in Russian)

Поступила 17.05.18.