

ОБ'ЄКТИ ТА ПРОСТОРИ. ВІД ФІЗИЧНОГО ПРОСТОРУ ДО МЕНТАЛЬНОГО

Олександр Федорець, психіатр, сертифікований тренінговий аналітик
Українська конфедерація психоаналітичних психотерапій
м. Дніпро, Україна

OBJECTS AND SPACES. FROM PHYSICAL TO MENTAL SPACE

Oleksandr Fedorets, M.D., certified training analyst
Ukrainian Confederation of Psychoanalytic Psychotherapies
Dnipro, Ukraine
<https://orcid.org/0009-0000-1398-0050>
al-fed@ukr.net

Собака зникає до господаря, а кіт – до оселі, де мешкає господар.

Вступ. Цей простодушний афоризм я іноді пропоную пацієнтам як тестове запитання, щоб з'ясувати, який вид прив'язаності вони визначають у себе. Існує особлива категорія пацієнтів, які уникають емоційно близьких стосунків з об'єктами та надзвичайно прив'язані до просторів. Додатково їх характеризує особливий душевний стан неприкаяності та безправності в стосунках через те, що для них звично почуватися в стосунках наче в «пріймах». Для цієї категорії пацієнтів характерно, що вони тривалий час неспроможні «привласнити» собі процес терапії (шизоїдні захисти), а приходять тому, що їх чекають, або, навпаки, схильні до експансії, і стосунки з ними справляють враження, що вони намагаються колонізувати місце проведення терапії та привласнити аналіз і аналітику (нарцисичні захисти). Такі пацієнти особливим способом прив'язані до просторів, де проходить їхнє життя, а з початком аналізу – до самого місця терапії. Спроба думати про них у контексті об'єктного перенесення справляє враження, що ми для них мало що означаємо, скоріш для них важлива сама процедура аналізу як важливий ритуал, який стає острівцем стабільності в їхньому житті. Наприклад, один із пацієнтів, якого у звичних термінах можна визначити як шизоїдного, просив мене на час відпустки залишити йому ключі, щоб він міг приходити до кабінету в день сесії та проводити звичні 50 хвилин. У цьому його повідомленні була певна доля самоіронії, що не заперечувало, а скоріше підкреслювало пріоритетність місця аналізу порівняно до ролі терапевта. Інша пацієнтка, яка регулярно запізнювалася на сесії, пояснювала таку свою особливість тим, що відчуває, наче квартира її не відпускає, поки вона не наведе там ідеальний порядок. На більш ранньому етапі терапії вона мала особливість заповнювати весь час сесії своїм матеріалом, не залишаючи місця для того, щоб я міг запропонувати свій коментар, сприймаючи мене винятково як простір-контейнер для своїх переживань. Такі шизоїдні пацієнти в перенесенні встановлюють стосунки не так з аналітиком як важливим об'єктом, як переважно з простором сесії, що емоційно з ним пов'язаний. Коли аналітик в інтерпретаціях апелює до свого значення в житті пацієнта, наприклад, наполягаючи на інтерпретаціях об'єктного перенесення, вони переживають це як настирливе вторгнення та змушені захищатись або догідливо погоджуватись, що здається формальним проявом лояльності.

Метою роботи є дослідження феномену перенесення на простори поряд з об'єктами в атмосфері психоаналітичної сесії.

Короткий огляд літератури. Аналіз перенесення Фройд вважав основним інструментом психоаналітичного дослідження. Його перші опубліковані роботи підтвер-

джували його ідею про обов'язкову наявність позитивного перенесення на аналітика, яке він пояснював інвестицією лібідо. З поширенням психоаналітичної практики з'являлося все більше свідчень того, що певна частина пацієнтів не розвивали очікуваного лібідіального перенесення, характерного для пацієнтів з едіпальними конфліктами. Випадок Дори (Freud, 1905), який більшість дослідників творчості Фрейда вважають невдалим, призвів Фрейда до відкриття негативного перенесення. Далі увагу засновника психоаналізу привертає доля лібідо в людей, хворих на шизофренію, і завдяки дослідженню мемуарів судді Шребера (Freud, 1911) він робить висновок, що енергія інстинктів взагалі не була інвестована в зовнішній світ (Hinshelwood, 1989). В есе «Введення в нарцисизм» (Freud, 1914) Фройд вивчає особливості перенесення за наявності нарцисичних розладів, де він доходить висновків, що лібідо нарцисичних осіб інвестовано у його власне его. Через деякий час автор психоаналізу публікує важливий текст «Скорбота та меланхолія» (Freud, 1917), у якому він вперше описує процес ідентифікації. У цьому тексті є цитата, на яку часто посилаються теоретики об'єктних стосунків: «*Тінь об'єкта падає на Его...*», що свідчить, на думку Хіншелвуда (Hinshelwood, 1989), що в цей період увага Фрейда зайнята описом феноменології об'єкта, залишивши осторонь економіку інстинктивних потягів. Мелані Кляйн за підтримки свого наставника Карла Абрахама продовжує дослідження об'єктних стосунків, чому чимало сприяє застосування ігрової техніки в аналізі дітей. Кляйн створила власний стиль терапії дітей з неврозами, для чого пропонувала їм набір іграшок (об'єктів). Під час терапевтичної сесії Кляйн мала можливість спостерігати за тим, як вони встановлювали різноманітні стосунки з кожною з них (Hinshelwood, 1989). Ідеї Мелані Кляйн про внутрішні об'єкти викликали широку зацікавленість, насамперед у Британії, і надалі дослідження цього напрямку розвивали кілька груп: група послідовників Мелані Кляйн, Віннікотт (Winnicott, 1955; Winnicott, 1963), Балінт (Balint, 1955), Фейнберн (Fairbairn, 1952; Fairbairn, 1963), Гантріп (Guntrip, 1969) та інші, що згодом призвело до створення теоретичних напрямів, які мають назву «школа об'єктних стосунків» (Hinshelwood, 1989). Практичні напрацювання цієї школи створили можливості для пояснення феномену перенесення у всій його різноманітності, що створило можливості для аналізу пацієнтів із розладами, які мали конфлікти іншої природи, не схожі на звичні едіпальні, та надавали теоретичне підґрунтя для терапії з пацієнтами з межовим рівнем організації, нарцисичними й навіть психотичними. Теорії емоційного розвитку в цьому теоретичному підході описують розвиток самості в процесі ранніх стосунків із матір'ю, яка сприймається немовлям як сукупність часткових і функціональних об'єктів, що внаслідок базового розщеплення мають полярні якості: ідеальні та задовольняючі або

небезпечні та загрозливі. Світ часткових об'єктів завдяки процесам проєкції та інтродекції еволюціонує та поступово інтегрується до цілісних об'єктів і стає менш суперечливим. Якщо дитина на ранніх етапах розвитку мала значні фрустрації у стосунках з об'єктом, де процеси проєкції та інтродекції були ускладнені, інтеграція об'єкта не може бути досягнута, отже, внутрішній хороший об'єкт всередині її психіки не встановлений. У такому випадку дитина надалі сприймає свої об'єкти функціонально, як часткові, тому стосунки з людьми сприймаються як ненадійні й непередбачувані. Особи з таким розладом прив'язаності будують свої стосунки відповідно до інфантильної задовольняючої моделі об'єктних стосунків, яка їм знайома з раннього досвіду. Вони мають схильність занадто контролювати об'єкти, прагнуть їх привласнити або фантазійно проникнути всередину, або, навпаки, тримати дистанцію в особистих стосунках і особливим чином зберігати прив'язаність до простору, який відповідає інфантильній фантазії про тіло матері, або інший безпечний простір з раннього досвіду, пов'язаний з об'єктом. В аналітичних стосунках такий феномен проявляється позитивним перенесенням не на аналітика, а на простір, пов'язаний із терапевтичним процесом.

Тема психічних просторів у психоаналітичних дослідженнях. Тема психічних просторів залишається на периферії уваги дослідників, що пояснюється певною традицією, яка започаткована Фройдом через його увагу до феномену перенесення, а надалі продовжена Мелані Кляйн у дослідженні об'єктного перенесення, що наглядно витікає з її базового постулату «...із самого початку немовля занурене в стосунки з об'єктами» (Heiman et al., 2018). Важливі тексти для розуміння дилеми сприйняття об'єктів і просторів можна зустріти в роботах Мікаела Балінта (Balint, 1955) про окнофілів (oknofil) і філобатов (filobat), де він характеризує філобатов як людей, які шукають заспокоєння в усамітненні та знаходять задоволення в покиданні об'єкта. Генрі Рей (Rey, 1979), посткляйнівський аналітик, детально описує характерну особливість шизоїдних пацієнтів – прагнення проникати всередину об'єктів, а потім відчувати тривогу бути там ув'язненими, що, зі свого боку, пояснює наявність клаустро-агорафобічної дилеми в переживанні простору й об'єкта. У роботі Джона Стайнера «Психічні сховища...» (Steiner, 1993) ґрунтовно досліджується тема ухилення від об'єктних стосунків, де автор наводить приклади різноманітних варіантів уникнення тривожних аспектів у стосунках з об'єктами у фантазійному безпечному просторі-сховищі, що справляє враження доволі універсальної терапевтичної проблеми. Д. Стайнер пропонує теоретичне прояснення складної перспективи в досягненні прогресу з так званими застряглими пацієнтами, що роками здатні перебувати в психічних сховищах. Такі пацієнти схильні уникати близьких стосунків і позасвідомо докладають зусиль до перетворення терапевтичних стосунків у своєрідні фантазійні сховища, у яких неможливий розвиток. Безумовно, підсумковою концепцією для розуміння ролі психічного простору в теорії об'єктних стосунків для мене стали ідеї Біона (Bion, 1959; Bion, 1962) про «психічний контейнер».

Хороший об'єкт і ментальний простір для нього. Ерік Бренман (Brenman, 1985) пропонує своєрідний еталон формування репрезентації внутрішнього хорошого об'єкта: «...сприйняття (дитини) розвивається від соска до грудей, тіла, обличчя і в кінцевому результаті душі та любові матері, що формує картину «матусі». Остання може бути інтродектована, їй надається «дім» у душі немовляти, і вона живить здатність немовляти до любові». Бренман пропонує своє визначення хорошого об'єкта – «матусі», якому в душі виділяється хороший простір – «дім». Далі Бренман описує зовсім інший тип стосунків: «...звужує ж картину світу до (образу) жорстокого, позбавленого любові місця знищення поняття

про цілісну людську матір». В описі автора «хороший простір» – дім, пов'язаний із можливістю інтеграції часткових об'єктів у цілісний «хороший об'єкт», а «поганий простір» постає у вигляді жорстокого місця й обумовлений відсутністю «хорошого або цілісного об'єкта». Видається надзвичайно важливим бачити взаємозв'язок хорошого простору з хорошим об'єктом, але водночас і розрізнити ці аспекти. Вважаю, що своєрідний психічний дім надається об'єкту дзеркально, як інтродектований власний досвід переживання приймаючого простору-контейнера для самості в душі матері, а відсутність такого ментального простору-контейнера змушує шукати притулок у зовнішньому фізичному просторі.

Такі міркування дали змогу звернути більше уваги до ставлення пацієнтів не тільки до об'єктів, але й до життєвого простору для себе, а також до переживання цього аспекту в аналізі. Для ілюстрації наведу короткий приклад. Пацієнтка Б. пригадує своє дитинство як наповнене постійними сварками проміж батьками, яких описує як співзалежну пару. Батько зловживає алкоголем та уникає матері, а матір депресивна й іпохондрична, хворобливо фіксована на пияцтві батька. На одній із сесій Б. розповідає про сновидіння, у якому її молодша сестра виходить заміж за порожнечу, а вона споглядає це з боку та риторично каже сама собі: «...ну то й що, схоже, й так можливо...». Спостерігаю за ланцюжком асоціацій: тема пустих вулиць під час карантину, що нагадує відчуття внутрішньої порожнечі, які резонують із переживаннями, пов'язаними з покинутою хатиною в селі. Цей будинок із садом – батьківська спадщина, що символізує хороші аспекти стосунків із батьком у дитинстві, які потім були знищені через його пияцтво, що в сновидінні представлено порожнечою. Покинутий дім в актуальній ситуації є конфліктною темою, яка турбує у стосунках із сестрою. Тоді як батьківські фігури з'являються в матеріалі сесій переважно як персекуторні та небезпечні об'єкти, дім у селі викликає однозначні переживання тепла й затишку, місця, до якого вона надзвичайно прив'язана, але останнім часом почала його уникати через образи на сестру, що приїздить туди тільки відпочивати, а всю турботу про догляд за будинком і рослинами в саду пацієнтка була змушена взяти на себе. Ця ситуація відчувається як несправедлива претензія сестри захопити «хороший простір – дім» як любов батьків, відщеплений від поганих аспектів стосунків з ними. На цьому прикладі добре помітно результат розщеплення на одіозні батьківські об'єкти й ідеалізований простір батьківського дому. Емоційні конфлікти, пов'язані з успадкуванням батьківського дому, досить часто є причиною непримиримого ірраціонального конфлікту між сиблінгами як останньої можливості отримати конкретний хороший простір, своєрідну компенсацію за відсутність ментального хорошого об'єкта. Розщеплення на небезпечні об'єкти та хороший простір найбільш радикально проявляється саме в шизоїдних пацієнтів. Ми можемо спостерігати позитивне перенесення на хороший простір терапевтичної сесії, поки аналітик не проявляє надмірну активність, що кардинально може змінити атмосферу стосунків через актуалізацію негативного перенесення на аналітика як на нарцистичний об'єкт, який захоплює та «привласнює» простір сесії, унаслідок чого пацієнт втрачає здатність до вільних асоціацій. Захист, який в такому випадку застосовує пацієнт, може бути як мазохістською капітуляцією та відмовою від суб'єктності та спонтанності або, навпаки, ідентифікацією з агресором або атакою на інтерпретації аналітика. Наприклад, одна пацієнтка з подібним розладом, яку я згадую на початку статті як ту, що займала весь простір сесії своїми історіями, після моєї конфронтації стосовно захоплення нею всього простору сесії пояснила: «Поки говорю Я, то відчуваю себе живою, але коли починаєте говорити Ви, то я відчуваю себе мертвою». Така категорія пацієнтів має характерне нарцистичне, надмірно вимогливе суперого, та їхні захисти

спрямовані на захист від експансії на об'єкти в близькому оточенні, на які проєктується таке суцільне, що загрожує привласнити собі всю суб'єктність. Такі шизоїдні захисти можуть провокувати терапевта поводитись активніше, щоб пробитися до живого контакту з пацієнтом, але це тільки погіршує ситуацію. З високою вірогідністю можна припустити, що в кожному шизоїдному пацієнті є неусвідомлена нарцисична частина самості, а в кожному нарцисичному – латентно прихована шизоїдна. У соціальному житті двоє людей із шизоїдною організацією досить часто утворюють своєрідну компліментарну пару, де одна особа привласнює собі всю суб'єктність і поступово стає все більш нарцисичною, а інша, захищаючись від експансії, – все більш шизоїдною. Рональд Бріттон (Britton, 2003) взагалі відносить шизоїдний розлад до нарцисичної проблематики, позначаючи таку категорію пацієнтів як *відсторонений нарцисичний розлад (detached narcissistic disorder)*.

Розвиток стосунків із психічним простором. Авторська гіпотеза полягає в припущенні, що на всіх етапах розвитку психіки, крім стосунків з об'єктами, самість додатково розвиває взаємини з простором, у який вона потрапляє, сепарується від об'єкта. Стосунки самоті з психічним простором розвиваються або стагнують паралельно з розвитком об'єктних стосунків і на кожному етапі розвитку мають свої особливості.

Безумовно, важливим для емоційного розвитку дитини є те, щоб вона відчувала себе бажаною і, крім місця в матці матері, також отримала репрезентацію в її психіці. Ми зазвичай цікавимося, чи вважає пацієнт себе бажаною дитиною, тому що уявлення пацієнта, що він небажаний, надзвичайно впливає на самосприйняття свого існування взагалі. Ненсі Мак-Вільямс (McWilliams, 2011) наводить яскравий приклад такої «ментальної вагітності» у своєї подруги, *«що виховала під час Депресії дванадцять дітей, причому всі вони виявились благополучними, незважаючи на крайні злидні та деяку суттєву скруту: «Кожного разу, коли я знову виявлялась вагітною, я плакала. Я не знала, звідки візьмуться гроші, як я буду доглядати за цією дитиною та піклуватись про когось це, крім неї самої. Але через чотири місяці я починала відчувати життя, мене все збуджувало і я думала: «не можу дочекатися, коли ти з'явишся у цей світ. Я так хочу знати, хто ти!»*. Цей стан зацікавленості, збудження й азарту Д. Віннікотт (Winnicott, 1956), вірогідно, визначив би як *«первинну материнську стурбованість»*, а У. Біон (Bion, 1962) позначив би як стан *«reverie»* – материнська мрійливість. О. Ранк (Rank, 1929) був одним із перших відступників від поглядів Фрейда, який привернув увагу до розвитку психіки ще до народження та запропонував свою оригінальну ідею про травму народження, пов'язану із втратою ідеального внутрішньоутробного простору. Існує доволі багато психоаналітичних текстів, які описують наявність у клінічному матеріалі пацієнтів фантазії про прагнення повернутися в материнське тіло, зокрема, так вважає Розенфельд (Rosenfeld, 1947), а Гантріп (Guntrip, 1963) описує специфічні фантазії про повернення в материнське тіло, яким дає характеристику *«маткових фантазій»*. Переживання існування всередині об'єкта в перенесенні, на відміну від стосунків із самими об'єктами, мають особливу атмосферу, яку більш доречно описувати не як емоційне переживання, а скоріше в термінах фізичних феноменів. Генрі Рей (Rey, 1979) описує аналогічне сприйняття стосунків у межових пацієнтів: *«...їхні ідентифікації залежать як від внутрішнього об'єкта, що не піддався асиміляції, так і контейнуючого зовнішнього об'єкта, у якому такі люди живуть, тому їх ідентичність залежить від стану об'єкта і відповідає йому, його ідентичності і його діям. У них є зовнішня мушля чи панцир, але наче немає хребта. Вони як паразити, живуть в мушлі, яку, схоже, запозичили чи вкрали, що створює відчуття ненадійності»*. Рей вважає, що пацієнти з поді-

бним душевним устроєм, вірогідно, дуже обмежено здатні переживати близькі стосунки як емоційно теплі, а інших людей сприймають як потенційний «психічний простір» для них.

Наступним важливим етапом емоційного розвитку є можливість встановлення емоційного контакту під час годування грудьми через встановлення візуального та примітивного вербального контакту, а також ігрового простору в матері на руках (Winnicott, 1971; Tronick, 1975; Dolto, 2011). Перехід від фізичного контакту до контакту ментального можливий за умови здатності матері до стану *reverie*, яке Біон (Bion, 1962) описав як стан душі матері, коли вона здатна сприймати спроектований жах немовляти, що створює умови для контейнування. Це критично важливий етап, під час якого дитина отримує підтвердження, що вона присутня в психіці матері, яка здатна бути чутливою до переживань дитини, пов'язаних із шокуючим досвідом знайомства з власними тілесними реакціями й емоціями, що виникають внаслідок фрустрації. Завдяки такому емоційному контакту в дитини з'являється досвід трансформації нестерпних емоцій або бета-елементів за Біоном (Bion, 1962) в альфа-елементи, емоції, придатні для осмислення та символізації. Механізми утворення дефіциту такого досвіду ілюструє одна з моїх пацієнок, аргументуючи своє рішення продовжити грудне годування своєї дитини до 1,5 року так: *«... я дала їй груди, і можу в цей час думати про що завгодно, я належу сама собі, а коли я перестану годувати її грудьми, то мені доведеться приділяти вже їй увагу»*. Перехід від холдингу – турботи про фізіологічні потреби дитини – до контейнування – ментального контакту психіки дитини з психікою матері – критично важливий для здатності дитини надалі витримувати тривогу та довіру до об'єктних стосунків. Якщо контакт із психікою матері не встановлено, дитину очікують проблеми аутистичного, а в більш м'якому варіанті шизоїдного спектра.

Далі важливим етапом розвитку стосунків з об'єктами та просторами є період сепарації-індивідуації, коли дитина опановує простір поряд із матір'ю. Успішне проходження цього періоду розвитку залежить від можливості матері витримувати зростаючу автономність дитини та демонструвати так звану *присутню відсутність* або, словами Віннікотта (Winnicott, 1971), надати умови для *«можливості бути наодинці в присутності матері»*, а Кейсмент (Casement, 1982) відзначає: *«Для того щоб дитина змогла включитись в творчу гру, гру, що вимагає яви, потрібно, щоб між нею та матір'ю існував певний простір, у якому б дитина мала певне право на ініціативу»*. Маргарет Малер (Mahler & La Perriere, 1965) позначає, що внаслідок передбачуваних і надійних стосунків дитини та матері стає можливим досягнення *«константності внутрішнього об'єкта»*, що по суті є додатковим аспектом хорошого внутрішнього об'єкта у внутрішньому світі дитини. Наявність стабільного внутрішнього об'єкта дає змогу зростати здатності витримувати фізичну відсутність матері та створює передумови до сепарації завдяки тому, що мати отримує репрезентацію як хороший внутрішній об'єкт і надалі завжди є присутньою у психічному просторі дитини.

Успішний досвід попередніх етапів розвитку стосунків з об'єктом, опанування просторів поруч із ним і поступового набуття суб'єктності створює умови для триангуляції та можливості сприймати досвід, що пов'язаний із визнанням стосунків між батьками: *«Подальший розвиток переживання простору передбачає наближення до едіпового трикутника шляхом усвідомлення зв'язків, що поєднують батьків, унаслідок чого виникає триангулярний простір»* (Britton, 1989).

Клінічні ілюстрації порушення контейнування. Особливі дані людей, про яких йдеться в тексті, змінені або не наводяться для збереження конфіденційності.

Пацієнт В. Він приходить на сесію після аварії, у якій ледве не загинув через те, що заснув за кермом. Коли В. дістався дому після аварії, переляканий і нещасний, його подруга, замість того щоб співчувати йому та втішити, висунула йому претензії, що він змусив її переживати. Щоб передати мені свій стан, він наполіг, щоб я передивився відео соціальної реклами пасків безпеки, і поки я дивився, він зі сльозами на очах спостерігав за моєю реакцією. На відео паски безпеки асоціативно зображувались у вигляді рук коханої жінки, яка обіймає та рятує життя водію. На цьому прикладі наочно помітна винахідлива спроба пацієнта за допомогою технічного засобу передати мені проєктивну ідентифікацію свого фантазійного прагнення, якого саме ставлення до себе він потребував, що я зрозумів як досить конкретний безпечний простір на руках матері, через те, що спроба емоційного контейнування пережила чергову фрустрацію. Для В. в актуальних стосунках зі своєю подругою постійно відбувалося відтворення ситуації, де від нього вимагали контейнувати проєкції своєї тривожної партнерки, що несвідомо нагадували йому крихку депресивну матір. Ситуація здавалася безнадійною – очікуючи емпатичного співпереживання від своєї подруги, але не знайшовши в її душі психічного дому для себе, він замість того стикається з вимогливою претензією надати такий «дім» для її переживань. Його стосунки з партнеркою поступово рухалися до краху саме через те, що обидва учасники пари очікували від партнера контейнування своїх переживань, але кожен із них не був здатен надати такий психічний простір іншому.

Для нас звично уявляти об'єктні стосунки, які можна зобразити графічно:

О—о (де О – об'єкт, а пряма лінія, то зв'язок між ними).

Сімінгтон Д. та Сімінгтон Н. (Symington & Symington, 2002) зазначають, що «Біон мислив, що особистість складена з подвійних елементів: контейнера та контейнованого», де він позначав контейнер жіночим символом – ♀, а контейноване чоловічим – ♂. Отже, за Біоном доречніше зображати стосунки у такому вигляді:

О → ♀, де О – контейноване, → – проєктивна ідентифікація, ♀ – контейнер.

Далі автори зазначають: «Існує деяке контейноване, що шукає деякий контейнер... Буває контейнер, що шукає контейноване». У наданому клінічному прикладі має місце позасвідомо фантазія про контейноване, яке шукає контейнер і яке зустрічає інше контейноване, як двійко безпритульних дітей стикаються в наглухо зачинений дім і не знаходять собі притулку. Аналітику потрібно бути здатним до особливого емоційного стану, щоб надати простір у власній психіці для пацієнта. Фройд (Freud, 1912) описував такий стан як «вільноплаваюча увага», а Біон (Bion, 1962) пізніше позначив як *ревері* – особливий стан розуму, який є потрібним для контейнування, і в подальшому доповнив бажаний емоційний стан психіки аналітика ідеєю «...без пам'яті та бажання» (Bion, 1967), що є по суті ідеальна максима абсолютно приймаючого контейнера як стан психіки, що повністю виключає вірогідність привносити в стосунки власні проєкції. У просторі аналітичної сесії пацієнт потребує такого нашого стану, який ми зазвичай позначаємо як аналітичну позицію. При цьому пацієнт за допомогою проєктивної ідентифікації несвідомо буде намагатися впливати на аналітика, відтворюючи стосунки іншого типу, знайомі йому з минулого досвіду, наприклад досвіду переживання об'єкта, який не здатен розуміти, що в біонівських термінах можна позначити як «закритий контейнер» Ū.

Під час суперв'язів із клінічними аналітиками доводилося чути певні епітети, що описують характеристики різного типу взаємодії між контейнером і контейнованим, наприклад переповненого контейнера. Прикладом переповненого контейнера є історії дітей про те, що тривожній

матері неможливо було поскаржитися на свої неприємності через ризик, що це викликало в неї таку реакцію, що потім доводилося заспокоювати вже її. Переповнений контейнер іншого типу ми зустрічало в батьків, схильних до гіперопіки, що можна розуміти як надмірне використання проєкції власної пошкоженості в дитину. Пацієнтка Д. на сесії, пишаючись собою, розповідає, як вона віддано любить своїх дітей, що мною в контрперенесенні відчувається як переслідуючий контроль з її боку, та коли я пропоную їй конфронтуюче запитання «Як в такому прояві любові почувуються її діти?», вона парирує моє: «Але ж вони мої діти! Вони ж живі! Я помістила в них своє серце і душу!». Це пафосне ствердження повинно мене остаточно переконати, яка вона чудова мати. Однак після мого наступного запитання: «Чи залишилося всередині них місце для власної душі?» пацієнтка замовкає і починає плакати, а потім промовляє: «Бідні мої діти...», зустрівшись із депресивним болем.

Пропоную до розгляду ще два визначення інших варіантів розладу контейнування: поняття дрівого контейнера, який проявляється в нехтуванні емоційним станом дитини, її переживання помічались, але їм не надавали значення, і абортуючого контейнера, що часто пов'язано з раннім досвідом обриву стосунків або повторенням загрози такого обриву. Це пізнані історії пацієнтів, матері яких віддавали дитину на виховання іншим, або коли звичним стилем виховання було покарання за прояви емоційності, демонстративне покарання відмовою розмовляти з дитиною. Пацієнти з такого роду досвідом відторгнення можуть відігравати цей аспект стосунків, забуваючи про сесію чи раптово обриваючи терапію. Вони погано витримують абстинентну позицію аналітика, який їм несвідомо нагадує про досвід відкидання з боку матері.

Емоційні проблеми, що обумовлені «збоєм материнського контейнування», за визначенням Бріттона (Britton, 2015), значно ускладнюють для дитини можливість набуття нового емоційного досвіду та сприяють тому, щоб надавати перевагу безпечним просторам, але не об'єктам. Доволі часто можна зустріти в практиці несвідомо фантазію про втрату місця в душі матері, яка пов'язана з досвідом народження сіблінга з невеликою різницею у віці, коли фантазії про власну цінність для матері піддаються суворому випробуванню, оскільки місце в її душі сприймається захопленим новонародженою дитиною.

Невелика клінічна віньєтка. Пацієнтка Н. звернулася у зв'язку з нездатністю витримувати власні переживання у процесі дорослішання молодшої дитини, який на той момент було близько одного року. Дитина сприймається занадто вимогливою, такою, що буквально переслідує в постійному прагненні фізичного контакту. Дитини викликають неприємні тілесні відчуття. Пізніше з'ясувалося, що тілесні контакти з іншими членами родини вона також терпить через силу. На одній із сесій Н. здалося, що я сиджу ближче, ніж завжди, і вона попросила відсунутись. Н. з нетерпінням чекає можливості вийти на роботу, щоб якомога менше бути в родині. Коли вона вдома, значну частину часу присвячує прибиранню в квартирі та відчуває себе набагато краще, коли всі речі на своїх місцях. Їй важко витримувати візити до власних батьків, і після нещодавнього спільного обіду вона відчувала себе хворою протягом декількох днів. У процесі сесії стає зрозумілим, що поганий фізичний стан після візиту до батьків пов'язаний із відчуттям токсичної атмосфери фальшивої любов'язності в батьківському домі. Під час аналізу поступово розкривається зміст її позасвідомої фантазії про захоплений і зіпсований простір у батьківському домі, пов'язаний із травматичним емоційним досвідом після народження молодшої сестри, за якою вона була змушена доглядати на вимогу матері та пригнічувати в собі гідливі почуття, пов'язані з цим. Сестра молодша за Н. на три роки та скільки себе пам'ятає, завжди вважала,

що матір любить сестру більше. Стосунки із сестрою, як і з матір'ю, холодні, з емоційною дистанцією. Ідеальний порядок у домі переживає як простір біля матері, який існував до народження сестри, який вона зруйнувала своєю появою та зіпсувала своїми «нечистотами».

Обговорення. Феномен «хорошого простору» чи «психічного дому» або його відсутності, зі свого боку, створює різну архітектуру цього аспекту психіки на різних етапах свого розвитку. Саме відсутність досвіду психічного дому в душі об'єкта змушує самість до пошуку психічного сховища в розумінні Стайнера (Steiner, 1993). Пацієнти з такого роду душевним устроєм досить часто мають проблеми з власним помешканням, а також здатністю його ділити з іншими. Від контактів із близькими вони схильні ховатись у віртуальному просторі соціальних мереж або комп'ютерних ігор. У ситуації аналізу встановлюють позитивне перенесення не з аналітиком як об'єктом, а із самою процедурою аналізу – сетінгом, кушеткою або кріслом, кімнатою очікування, інколи з кав'ярнею, що розташована поруч з офісом аналітика, де пацієнт зазвичай п'є каву або обідає, і наділяють їх особливим сенсом. Аналітики здебільшого очікують, що абстинентність і мовчання аналітика в процесі сесії створюють умови для того, щоб пацієнт мав змогу розмістити свій актуальний психічний зміст у просторі аналітичної години, однак, якщо він проєктує на наше мовчання ігноруючий внутрішній об'єкт, то таке випробування може завдати надмірної фрустрації. Через таку їх особливість аналітик стикається з дилемою: якщо аналітик пасивний, вони сприймають це як нехтування, якщо у їх сприйнятті аналітик надмірно активний, вони сприймають це як захоплення простору сесії з його боку. Вони можуть намагатися контролювати нашу активність й перевіряти наявність контакту, настирливо очікуючи від нас сигналу, що ми з ними, залишаючи паузу після висловленого й очікуючи коментар у відповідь, який би підтверджував, що його слова почуті та сприйняті. Найчастіше аналітик реагує на це несвідомо, киваючи головою на знак уваги до почутого, або подаючи певний звук на кшталт «угу», або демонструючи інший невербальний сигнал, який повідомляє пацієнту, що сказане ним сприйняте. Тривога, пов'язана із загрозою відкидання, робить їх обережними та доглядливими, у зв'язку із чим вони розвивають специфічні захисти, як-от, наприклад, прагнення сплачувати за сесію наперед, контролювати закінчення сесії. Пацієнти з подібним душевним устроєм роблять настирливі спроби перевірити, чи є в нашій душі місце для них і чи зберігаємо ми в пам'яті важливі деталі їх історії, також для них важлива наша здатність надати вчасно інтерпретацію переживання відкидання в моменти, коли ми їх не розуміємо або були не уважні. Шизоїдні пацієнти надзвичайно чутливі до наших запізньень чи відмінні сесій, а також до зміни офісу чи інтер'єру в ньому і можуть реагувати на це образою або мстиво відігравати. Для нас звично думати, що пацієнти стурбовані тим, як до них ставиться аналітик, але для подібної категорії пацієнтів насамперед важливо, чи є для них місце в нашій голові. Інколи вони перевіряють, чи думаємо ми про них, коли ставимо, здається, невинне питання: про що ми розмовляли на минулій сесії? Крім цього, одночасно демонструють нам свою ідентифікацію з ігноруючим об'єктом, даючи зрозуміти, що вони не вважають важливим або не здатні надавати стосункам із нами місце у власній психіці. З такими пацієнтами ми можемо стереотипно наполягати на об'єктних інтерпретаціях, однак пацієнти, що зосереджені на можливості знайти «хороший простір», такі інтерпретації будуть переживати як нерозуміння чи нашу нав'язливість. Вони доволі часто йдуть аналітикам назустріч і привчаються говорити мовою, яку ми їм пропонуємо, однак парадокс полягає в тому, що ми, намагаючись бути хорошим об'єктом, водночас можемо недооцінювати важливості наявності для них хорошого простору в аналізі. Пацієнти

із синдромом бездомності справляють враження людей, яким невідомий досвід переживань «хорошого дому» в аспекті визнання своєї важливості для інших. Вони довгий час не можуть дозволити собі спонтанність і вільні асоціації, готуються до сесії як до екзамену та в стосунках намагаються займати якомога менше місця, несвідомо спокушаючи партнера, що їхні інтереси можна не враховувати. Для них складно «привласнити» собі процес терапії як можливість, але не обов'язок, при цьому звично скаржаться на зневажливе ставлення до себе. Така їх особливість проявляється в контрперенесенні тим, що нам простіше нехтувати їхніми інтересами порівняно з інтересами інших пацієнтів, ми менше думаємо про них між сесіями і рідше доповідаємо на супервізіях, вважаючи їх безпроблемними та зручними пацієнтами. Інакше кажучи, для нас важливо дозволити пацієнту мислити про себе не тільки як про хороші або погані об'єкти, але як про простір для існування з відповідною атмосферою. Саломон Резнік (Alcorn & Resnik, 2018) пише, що психоаналітичні стосунки вибудовуються не тільки з промовлених слів, але й з атмосфери, яка створюється відповідним стилем присутності.

Однак буде неправильним вважати, що шизоїдні пацієнти зовсім не розвивають об'єктного перенесення, воно здебільшого має негативний контекст сприйняття аналітика як схожого на власне нарцисичне суперєго та маскується за позитивним фасадом ідеалізації аналітика.

Від фізичного простору до ментального. Наведу ще один клінічний приклад, як така захисна організація проявляє себе в особистому житті та перенесенні.

Пацієнт Д., 31 рік, звернувся за терапією у зв'язку з відчуттям застою в житті. Сесія на другому році аналізу. Заходить до офісу, роздягнувшись у коридорі, з верхнім одягом в руках. Охайно вішає своє пальто на стілець біля входу. Починає говорити, що дорогою в мій офіс раптово помітив, що потягнувся до кишені за ключами та вирішив, що варто мені розповісти про своє спостереження. Гадає, що він почав сприймати мій офіс як свій дім. Далі доволі довгий монолог про те, що він відчуває це місце своїм та безпечним. Потім доволі несподівано повідомляє, що перший рік не помічав вішалки в моєму кабінеті та навіть не впевнений, що вона була. Тільки відносно нещодавно почав думати, що ця вішалка не тільки для мого одягу, а є пацієнти, які залишають свій верхній одяг поруч із моїм. Пригадує, що коли він прийшов уперше та запитав, де залишити одяг, я відповів: «Там, де вам зручно» – та зробив жест рукою. Д. подивився в тому напрямку і побачив стілець. З того часу він кладе одяг на цей стілець. Після цього Д. став розповідати про ситуацію з роботою, що на роботі заміна керівництва та реорганізація, у зв'язку з чим у нього зараз вимушена відпустка. Д. не знає, чи збережеться його посада в штатному розкладі після реорганізації. Його бос інколи просить знайти виконавців для невеликих завдань. Я пропоную інтерпретацію, що «...невизначена ситуація з роботою, у якій ви опинилися, схожа на те, що ви стоїте на порозі та не знає, чи покличуть вас у дім, куди ви звикли приходити, тому ви намагаєтесь бути лояльним, однак, напевне, не знаєте, чи залишать вас, чи запропонують піти. Можливо, тому вам так важливо сьогодні позначити, що ваш дім тут, у моєму кабінеті». Д. розсміявся та сказав: «Мабуть, щось у цьому є!». Далі Д. висловлює доволі детальні міркування, які підтверджують мою інтерпретацію, однак це більш схоже на демонстрацію лояльності та бажання угодувати. Розповідає, що вивчає можливість шукати іншу роботу, але він вже звик до цього місця та взагалі не любить щось міняти в житті. Він має надію, що його все ж не звільнять, і вже підрахував, що через три роки зможе купити собі машину. «Я міряю свій заробіток в машинах, – з гумором сказав він, – але потім я пригадую, що в мене може з'явитися дитина, і я себе запитую, де їй місце в моїх планах? Тоді я розу-

мію, що цей термін купівлі машини віддаляється». Суть моєї інтерпретації полягала в тому, що, можливо, він не впевнений у моєму ставленні до нього та в тому, що наша терапія є достатньо надійним «домом», а також що йому б хотілось зберегти колишню роботу як звичний дім, а не вештатися манівцями як бездомний фрілансер. Тоді через три роки у нього з'явиться металевий дім-автомобіль, де він зможе ховатися від усіх, як равлик у будиночку. Але коли він так розмірковує, то є ризик, що його внутрішній дитині не буде місця в нашій терапії, де б вона змогла з'явитися. Д. нервово розсміявся: «Так... – багатозначно сказав він, – наступне, що спадає мені на думку, – чому я не можу мріяти, щоб більше заробляти? Але для мене це складно. Я навіть не знаю, чи сплатять мені за ту роботу, яку я зараз виконую». (Д. описує, у чому полягає його робота – йому дають завдання, а він передає задачу виконавцю. Це займає декілька хвилин на день.) «Я гадаю, що мій бос розуміє, що будь-яка робота має бути оплачена. Нехай це 1 долар, але заплачений! Я вважаю зайвим про це казати! Але переживаю, що він може не заплатити». Я запропонував інтерпретацію стосовно того, що він не впевнений, що я ціную його зусилля, але він не відчуває за собою права наполягати на будь-чому. У ситуації на роботі йому доводиться розмовляти мовою натяків – він виконує роботу, але не говорить своєму босу, що розраховує отримати гроші за свою працю. Прошу пояснити складну мову натяків у нашій роботі з ним: «З одного боку, ви даєте мені зрозуміти, що відчуваєте себе тут, як вдома, а з іншого боку, не можете дозволити собі право повісити своє пальто на вішалку поруч із моїм». Схоже, що Д. збентежився від моєї конфронтації: «Я сам не розумію, де тут правда». На це я відповів: «Ми доволі суперечливо влаштовані. Можливо, що правда і те, і інше». Пропоную йому поміркувати про ці протиріччя вголос. Д. говорить, що він відчуває мій кабінет своїм домом, але не весь. Ось це крісло, що його обіймає і у якому йому дуже затишно, він точно відчуває своїм домом. Моя фінальна інтерпретація стосувалася того, що коли ми почали прояснювати розміри його власного простору, то він скоротився до розміру крісла.

На цьому прикладі добре помітно невпевненість пацієнта в моєму ставленні до нього та пріоритет фізичного простору (офісу) над символічним простором сесії, який можна відчувати як психічний дім. У процесі опрацювання шизоїдних захистів і нарцисичного перенесення, стиль стосунків поступово змінюється. Півтора роки по тому виникла ситуація, коли у зв'язку зі зміною у своєму графіку я запропонував перенести сесію на годину пізніше, на що він охоче погодився. На наступному тижні я запитав, чи можемо ми залишити для нього цей час на майбутнє як постійний? Він відповів: «Без проблем, такий час для мене навіть зручніший». Однак ще через тиждень знову запитав, чи це буде тепер його постійний час? Я відповів, що в мене зараз є вікно на той час, який йому пропоную, і він може вибирати, якщо для нього новий час зручний, то ми його залишимо постійним. Спонтанічний такою пропозицією він запитав, як зручніше мені. Я відповів, що на цей момент для мене немає суттєвої різниці та він може вибрати сам, оскільки зараз відбуваються зміни в моєму графіку через те, що один із моїх пацієнтів завершив терапію. За два тижні він розпочав сесію з того, що продовжує думати про цю ситуацію та переймається тим, що я можу бути незадоволеним, що через нього буду змушений приходити на роботу раніше. Д. настирливо продовжував думати про те, що я пожертвував своїми зручностями заради нього і якби я наполіг, то він би охоче поступився. Далі він розповів, що для нього завжди було легше поступатися, ніж наполягати на своєму, навів тому декілька прикладів, а потім несподівано сказав, що втішився фантазією, що після сесії з ним у мене залишатиметься вікно та він додатковий час займатиме місце в моїй голові.

Висновки. Метафора психічного дому, як місця в психіці об'єкта для самості, виявилась вельми вдалою для використання як інтерпретації особливого виду емоційної потреби. Ідея про паралельний розвиток стосунків не тільки з об'єктами, але й з просторами, пов'язаними з ними, дає змогу помітити та вчасно надати інтерпретацію про втечу від контакту у віртуальний психічний простір. Увага до дилеми перенесення на хороший простір і негативний нарцисичний об'єкт дає змогу опрацювати певні варіанти опору та стагнації в процесі психоаналітичного дослідження. Здатність помічати цей аспект у перенесенні сприяє кращому розумінню пацієнтів із позначенням душевним устроєм, покращує якість робочого альянсу та дає змогу уникати в терапії глухого кута, пов'язаного з нездатністю терапевта вербалізувати певні аспекти перенесення яке не є об'єктним. Проблема відсутності психічного дому тотально проявляє себе саме в шизоїдних пацієнтів, але й у пацієнтів невротичного рівня схожі особливості присутні в більш м'якому варіанті та проявляють себе на певних етапах терапії.

Можна досить чітко окреслити етапи розвитку стосунків суб'єкта з просторами, пов'язаними з об'єктами:

- всередині матері;
- на руках у матері;
- поряд із матір'ю;
- поряд із батьківською парою;
- соціальних стосунків за межами сім'ї.

Можливість еволюції сприйняття таких просторів не тільки як фізичних сховищ, але й ментального відчуття «хорошого дому» залежить на початку від якості стосунків із матір'ю, а потім із батьківською парою.

Первинним об'єктом-простором, у якому формується психіка дитини, власне є тіло матері. Видається достатньо беззаперечним, що передумовою для репрезентації в психіці матері є те, чи була дитина бажаною, інакше кажучи, чи була вона присутньою у фантазіях матері як жаданий об'єкт ще до народження. Критично важливим етапом є досвід, коли, крім тілесного контакту, дитина отримує підтвердження, що для неї є місце також у психіці матері. Такий досвід стає можливим за умови здатності матері до невербальної комунікації та можливості сприймати проєктивні ідентифікації дитини, у біонівських термінах перебувати в стані «ревері», за визначенням Біона (Bion, 1962). Відсутність такої здатності Бріттон позначає як *збій материнського контейнування* (Britton 2003; Britton, 2015), що ускладнює можливість створити репрезентацію психічного дому-контейнера й в подальшому ускладнює кожен наступний етап сепарації в процесі розвитку. Також є доволі очевидним, що для нормального формування суб'єктності дитина потребує матері, здатної відзеркалювати емоційні прояви дитини (Winnicott, 1967). Далі – здатності витримувати амбівалентні й амбігендентні емоційні посилення дитини на етапі сепарації-індивідуалізації (Mahler & La Perriere, 1965). На наступному етапі – здатності матері та батька уникнути спокуси едіпального зваблення з боку дитини, як зазначає Бріттон (Britton, 1985; Britton, 1989), і залишитися парою, яку вона намагається роз'єднати, але одночасно боїться зруйнувати, як безпечний дім, у якому існує. Важливо, що батьківська пара здатна перебувати в стосунках, де є можливість близькості й автономності, що створює триангулярний простір – у розумінні Бріттона (Britton, 1989; Britton, 1998) простір, у якому залишається місце для стосунків дитини з обома батьками та з парою. Надалі простір соціальних стосунків є тим символічним домом, що визначає нашу ідентичність і відчуття приналежності до певних соціальних груп, що стає емоційно важливим і ціннісним простором. Успішне оволодіння соціальним простором за межами батьківського дому як можливість знаходити для себе «хороший дім» у нових групах та організаціях залежить від успішного досвіду попередніх етапів сепарації з важливими

об'єктами, де є місце як близькості, так і автономності. Ми можемо дозволити собі деяку рефлексію щодо того, чи є організація, у якій ми маємо задоволення перебувати, хорошим «психічним домом» для нас.

Психоаналітична сесія в широкому сенсі являє собою потенційний простір-контейнер. Здатність психоаналітика перебувати в стані ревері створює для пацієнта можливість відчувати сесійний час як сприятливий безпечний простір. Це важлива умова для того, щоб нестерпні та неосмислені аспекти психіч-

ного життя проявили себе, могли бути названі, символізовані й набули змістовності та визнання як реальні факти внутрішнього світу. Ми пропонуємо пацієнту дозволити собі вільні асоціації як можливість для нашої зустрічі з неусвідомленим досвідом, або, за термінами Біона, «контейнованого». Якщо наша інтерпретація не контейнує переживань пацієнта, вона не стає психічним домом-контейнером, навпаки, вона буде сприйнята як наше контейноване, від якого пацієнт буде захищатись у знайомий для нього спосіб.

Список літератури:

- Alcorn, D., & Resnik, S. (2018). *Mental Space*. Routledge.
- Balint, M. (1955). Friendly expanses – horrid empty spaces. *The International Journal of Psychoanalysis*.
- Bion, W. (1962). A theory of sinking. *The International Journal of Psychoanalysis*. 33: 306–310.
- Bion, W. (1967). Notes on memory and desire. *Psycho-Analytic Forum* 2:272-3, 279–80.
- Brenman, E. (1985). Cruelty and narrowmindedness. Citation. Cruelty and narrowmindedness. *The International Journal of Psychoanalysis* 66: 273–281.
- Britton, R. (1985). The Oedipus complex and the depressive position. *Sigmund Freud House Bulletin*. Vienna, 9, 7–12.
- Britton, R. (1989). The missing link: Parental sexuality in the Oedipus complex. In *The Oedipus complex today*. Ed. J. Steiner. P. 83–106. London Karnas.
- Britton R. (1995). Reality and Unreality in Phantasy and Fiction. In *«Creative Writers and Day-Dreaming»*, ed. E.S. Person et al. New Haven and London: Yale Univ. Press.
- Britton, R. (2003) Narcissistic Problem in Sharing Place. In Britton, R. *Sex, Death and the Superego: Experiences in Psychoanalysis*. London: Karnac Books, Ch. 11, pp. 165–178.
- Casement, P. (1982). Some pressures on the analyst for psychical contact during the reliving of an early psychic trauma. *International Review of Psycho-Analysis*, 9: 279–86.
- Dolto, F. (2011). *La cause des enfants*. Robert Laffont.
- Fairbairn, W. R. D. (1952). *Psychoanalytic Studies of the Personality*. London Tavistock; New York, Basic Books.
- Fairbairn, W. R. D. (1963). Synopsis of an object-relations theory of the personality. *International Journal of Psychoanalysis*, 44 (2), 224–225.
- Freud, S. (1905). Fragment of an analysis of a case of Hysteria. S.E. 7, pp. 3–122.
- Freud, S. (1911). Psychoanalytic notes on an autobiographical account of a case of paranoia. S.E. 12, pp. 3–82.
- Freud, S. (1914). On narcissism. S.E. 14, pp. 67–102.
- Freud, S. (1917). Mourning and Melancholia. S.E. 14, pp. 237–60.
- Freud, S. (1991). On Beginning the Treatment. *Further Recommendations on the Technique of Psycho-analysis I*. Hogarth Press and the Institute of psycho-analysis.
- Guntrip, H. (2018). *Schizoid phenomena, object relations and the self*. Routledge.
- Hinshelwood, R. (1989). *A dictionary of Kleinian thought*. Free Association Books.
- Heimann, P., Isaacs, S., Klein, M., & Riviere, J. (Eds.). (2018). *Developments in psychoanalysis*. Routledge.
- Mahler, M. S. & La Perriere, K. (1965). Mother-child interaction during separation-individuation. *Psychoanalytic Quarterly*, 34, 483–498.
- McWilliams, N. (2011). *Psychoanalytic diagnosis: Understanding personality structure in the clinical process*. Guilford Press.
- Rank, O. (1924). The Trauma of Birth in Its Importance for Psychoanalytic Therapy. *Psychoanalytic Review*.
- Rey, J. H. (2003). Schizoid phenomena in the borderline. *Melanie Klein Today*, Volume 1: Mainly Theory. Routledge, 2003. 203–229.
- Rosenfeld, H. (1947) Analysis of a schizophrenic state with depersonalization. *The International Journal of Psycho-Analysis*. 28 (1947): 130.
- Steiner, J. (1993). Psychic Retreats: Pathological Organizations of the Personality in Psychotic. *Neurotic and Borderline Patients*.
- Symington, J. & Symington, N. (2002). *The clinical thinking of Wilfred Bion*. Routledge.
- Tronick, E. Z., Morelli, G. A. & Winn, S. (1987). Multiple caretaking of Efe (Pygmy) infants. *American Anthropologist* 89.1: 96–106.
- Winnicott, D. W. (1956). Primary maternal preoccupation. *The maternal lineage: Identification, desire, and transgenerational issues*: 59–66.
- Winnicott, D. (1971). *Playing and Reality*. London: Tavistok.
- Winnicott, D. W. (2018). Transitional objects and transitional phenomena. *Influential Papers from the 1950s*. Routledge, 2018. 202–221.
- Winnicott, D. W. (1955). Metapsychological and clinical aspects of regression within the psychoanalytical set-up. *The International Journal of Psychoanalysis*.

Анотація. Метою цієї роботи є дослідження феномену перенесення на простори, яке має місце поряд з об'єктивним перенесенням в атмосфері психоаналітичної сесії. У запропонованому дослідженні автор спершу робить теоретичний огляд психоаналітичної літератури на тему перенесення, а також текстів, які стосуються сприйняття психічного простору терапевтичних стосунків. До огляду також включено низку класичних і сучасних робіт, присвячених темі стосунків та простору в них, зокрема через доробок Фрейда, Ранка, Кляйн, Біона, Віннікотта, Малер, Дольто, Бріттона, Хіншелвуда та багатьох інших. У другій частині тексту на матеріалі клінічних віньєток автор ділиться власними спостереженнями за феноменом перенесення на простір поруч із об'єктом, який найбільш наочно проявляє себе саме в пацієнтів із шизоїдною організацією. Відповідно до запропонованого клінічного матеріалу автор показує, що в такій аналітичній роботі важливо не лише запропонувати пацієнту достатньо хороший об'єкт в особі аналітика, але й працювати над створенням безпечного простору, який слугуватиме простором-контейнером для пацієнта й місцем поступового створення відчуття «хорошого дому». Автор розробляє власну гіпотезу про наявність етапів розвитку сприйняття

фізичного простору поряд із важливим об'єктом, також звертає увагу на умови, завдяки яким фізичний простір терапевтичної сесії поступово стає ментальним домом-контейнером для позасвідомого пацієнта, і загалом обговорює здатність психоаналітика взаємодіяти з таким перенесенням. Зокрема, підкреслено, що в роботі з цією темою аналітику слід бути уважним до інтерпретацій: коли інтерпретація не контейнує переживань пацієнта і тому не стає психічним домом-контейнером, то вона буде сприйнята як матеріал аналітика, від якого пацієнт буде захищатись у знайомий для нього спосіб.

Ключові слова: перенесення, психоаналіз, хороший об'єкт, психічний простір, контейнування, шизоїдна організація, механізми захисту.

Abstract. The purpose of this paper is to study the phenomenon of transference on spaces, which takes place in the presence of the object in the atmosphere of a psychoanalytic session. In the proposed study, the author first provides a theoretical overview of the psychoanalytic literature on transference, as well as texts related to the perception of the mental space of the therapeutic relationship. The review also includes a number of classical and contemporary works on the topic of relationships and space between them, in particular through the works of Freud, Rank, Klein, Bion, Winnicott, Mahler, Dolto, Britton, Hinshelwood, and many others. In the second part of the text, based on the material of clinical vignettes, the author shares his own observations on the phenomenon of transference to the space next to the object, which is most clearly manifested in patients with schizoid organization. According to the clinical material offered, the author shows that in such analytical work, it is important not only to offer the patient a good enough object in the person of the analyst but also to work on creating a safe space that will serve as a container space for the patient and a place to gradually create a sense of "good home." The author develops his own hypothesis about the existence of stages in the development of the perception of physical space alongside an important object also draws attention to the conditions under which the physical space of the therapy session gradually becomes a mental home-container for the unconscious patient, and, in general, discusses the ability of the psychoanalyst to interact with such a transference. In particular, it is emphasized that when dealing with this topic, the analyst should be careful about interpretations: when an interpretation does not contain the patient's experience and therefore does not become a mental container house, it will be perceived as a material of the analyst from which the patient will defend himself or herself in a familiar way.

Key words: containment, good object, mechanisms of defense, mental space, psychoanalysis, schizoid organization.