

Міністерство охорони здоров'я України
Харківський національний медичний університет

Кафедра психіатрії, наркології та медичної психології

МЕТОДИЧНІ РЕКОМЕНДАЦІЇ

до практичних занять з курсу за вибором

«ОСНОВИ ПСИХОАНАЛІЗУ»

для студентів медичних та стоматологічного факультетів

Харків, 2017

Методичні рекомендації до практичних занять з курсу за вибором «Основи психоаналізу» для студентів медичних та стоматологічного факультетів // І.В.Лещина, І.Ф. Терьошина – Харків: ХНМУ, 2017. – 86 с.

Тема №1 Поняття психоаналізу, основні психоаналітичні ідеї

Актуальність теми: Актуальність теми обумовлена тим, що розвиток психоаналітичних доктрин справив значний вплив на психологічну науку і став однією з провідних ідейних, теоретичних і методологічних основ в психології та психотерапії сучасного періоду.

Мета заняття: ознайомлення з виникненням психоаналізу, вивчення поняття психоаналізу, його місця та ролі, його сутності та відмінності від інших психіатричних, психологічних і психотерапевтичних підходів.

Блок провідних теоретичних знань:

Психоаналіз – від грецького "душа" і "розкладання, розчленовування" – це система теоретичних знань про людину та їх практичного використання у вивченні різних проявів діяльності людини та лікуванні невротичних захворювань. В науковій літературі це поняття було введено Зигмундом Фрейдом в кінці XIX століття для позначення нового методу вивчення та лікування психічних розладів.

Навчаючись на медичному факультеті Віденського університету, З.Фрейд паралельно займався самоосвітою і науковою роботою. Під керівництвом директора Інституту фізіології Віденського університету Ернста Брюкке З.Фрейд здійснив цикл досліджень у галузі фізіології, порівняльної анатомії та гістології. Вивчаючи нервову тканину, удосконалив техніку її дослідження і провів спостереження, що дозволили розробити деякі підстави теорії нейронів. Випробував вплив ідей енергетичної школи Гельмгольца - Брюкке, які згодом переніс в область психології і поклав в основу свого вчення по психодинаміці. Ґрунтовно вивчав європейську філософську спадщину від Емпедокла, Платона і Аристотеля до Джона Стюарта Мілля, Едуарда Гартмана і Густава Фехнера. Прослухав систематичний курс філософії Франца Brentano і додатково вивчав у нього філософію в приватному порядку. Згодом вельми активно використовував великий комплекс філософських ідей при створенні і розвитку власного вчення.

Після закінчення університету і отримання ступеня доктора медицини працював в інституті Ернста Брюкке, у відділі Германа Нотнагеля у Віденському загальному шпиталі і Психіатричній клініці Теодора Мейнерта. Займався неврологією і психіатрією, інтерес до яких виник у нього задовго

до вступу до університету. Поступово відійшовши від фізіології, З.Фрейд приділяв дедалі більшу увагу психології, невропатології і психіатрії. Вивчав дію кокаїну на людський організм. Провів серію експериментів на самому собі, надалі постійно експериментував на собі, своїх дітях і близьких. Під впливом лікарської діяльності З. Фрейд виявляв все більший інтерес до різних психоневрологічних захворювань і сучасним методам їх лікування. Спонукуваний практичними потребами, використовував гіпноз в якості одного з терапевтичних засобів. З метою вдосконалення гіпнотичної техніки стажувався у Франції в основоположника сучасного клінічного вчення про нервові хвороби Жана Шарко та лідерів конкуруючої школи гіпнозу Амвросія Льебо та Іполита Бернгейма. Під їх впливом розробив уявлення про те, що можливою причиною деяких психоневрологічних захворювань (зокрема, істерії і істеричного паралічу) є невидима психічна травма, існування якої приховано не тільки від лікаря, але і від самого хворого, і звернув увагу на роль сексуального чинника у походженні і розвитку різних психічних розладів. Приступивши до приватної медичної практики в якості спеціаліста з нервових хвороб З.Фрейд використовував всю гаму різних видів терапії, у т. ч. гіпноз та навіювання.

Як практикуючий лікар з плином часу все більш виразно усвідомлював недостатність і низьку ефективність існуючих методів лікування і відсутність необхідних теоретичних розробок. Намагаючись проникнути в таємниці людської психіки, все більш наполегливо розробляв ідею про неусвідомлювані психічні травми як причини захворювання. Спільно з віденським лікарем Йосипом Брейером створив і удосконалював новий катартистичний метод психотерапії, заснований на штучному відтворенні емоційних переживань і відповідним відреагуванням пацієнта на травматичну ситуацію в стані гіпнозу. З. Фрейд приступив до створення глибинної психології, орієнтованої переважно на вивчення несвідомих явищ і процесів психіки людини. Здійснюючи цей радикальний поворот, він разом з тим намагаючись вдосконалити катартистичний метод, відмовився від використання гіпнозу, вважаючи, що в даному випадку він не володіє необхідною ефективністю.

Відмова від гіпнозу зрештою призвели і до відмови від катартистичного методу, на зміну якому прийшов створений ним «метод наполягання» - особливої методики неухильного спонукання пацієнтів до спогаду і словесному вираженню забутих травматичних переживань, що послужили причиною захворювання. У процесі лікування хворих З. Фрейд виявив, що травматичні спогади витісняються зі сфери свідомості в неусвідомлювані структури психіки, де продовжують травмуючий вплив,

проявляючись у вигляді симптомів - символів спогадів, а пацієнти свідомо і несвідомо чинять опір спробам встановити і відтворити травматичні спогади та переживання.

Прагнучі проникнути в глибини психіки, З.Фрейд звернув увагу на асоціативну природу мислення і вирішив використовувати це явище для отримання необхідної інформації про причини, джерела і механізми психічних розладів. У цих цілях в 1896 він розробив і застосував спеціальний метод зондування, дослідження, діагностики та терапії, названий їм методом вільних асоціацій. Перше практичне використання цього методу вважається датою створення психоаналізу (1896), який в цілому розроблявся і розвивався З.Фрейдом більше 40 років. І в остаточному вигляді являє собою складну систему методів, технічних прийомів, моделей, гіпотез, теоретичних конструктів, концепцій і ряду різноманітних теорій, різного ступеня спільності і достовірності, що стало фундаментом розвитку глибинної психології.

Глибинна психологія розглядаючи ідею про існування не тільки усвідомлених процесів в психіці, але і наявності несвідомої частини психічної діяльності, яка визначає поведінку людини, намагалася дослідити цю незалежну від свідомості частину психіки. Класична глибинна психологія включає психоаналіз Зігмунда Фрейда, індивідуальну психологію Альфреда Адлера і аналітичну психологію Карла Густава Юнга.

Основні тези глибинної психології такі:

1) Провідну роль у людській поведінці, в його душевному житті відіграє несвідоме. Зміст підсвідомого становлять інстинкти. За Фрейдом таких інстинктів два: сексуальний («ерос», або лібідо) та агресія, прагнення до руйнування («танатос»). За Адлером, основний людський інстинкт - прагнення до переваги, досконалості, подолання неповноцінності. Юнг же вважав, що енергія підсвідомого може мати різні форми прояву в різні періоди людського розвитку. Крім цього, у зміст підсвідомого входять бажання, афекти, витіснені зі свідомості через їх неприйнятність або небажаність (культуральна неприйнятність або травматичність для суб'єкта).

Зміст несвідомого енергетично заряджений: інстинкти та бажання, вигнані зі свідомості, прагнуть бути задоволеними. Ця енергія є «двигуном» людської поведінки, її прагнень.

2) Несвідомі потяги знаходяться в суперечності з нормами культури. Фрейд стверджував, що інстинкти людини за своєю природою асоціальні і егоїстичні. Соціальні норми - це узда, яка накидається на них і тим самим робить можливим спільне існування людей.

3) Психічний та соціальний розвиток людини відбувається через установавання балансу між інстинктами та культурними нормами. Таким чином, в процесі розвитку людина змушена постійно шукати компроміс між енергією несвідомого, щорветься назовні і тим, що допускається суспільством.

4) Цей баланс, компроміс установається за допомогою захисних механізмів психіки. Захисними механізмами називаються специфічні зміни змісту свідомості, які виникають в ситуації внутрішнього конфлікту. Прикладом захисного механізму може слугувати витіснення - вигнання із свідомості небажаного змісту. У цьому випадку людина не усвідомлює деякі почуття або бажання, що в нього виникають і є травматичними. Захисні механізми можуть бути ефективними або неефективними залежно від того, чи вдасться людині справитися з енергією підсвідомого без патологічних симптомів.

За Фрейдом, головним ефективним захисним механізмом у розвитку особистості є сублімація. Сублімація (букв, перекладі - «сублімація») - переклад енергії несвідомого в соціально прийнятне русло. Так, сексуальний інстинкт може бути сублімувати через художню творчість, або через турботу про бідних, або навіть через прихильність до тварин. Агресія може сублімувати через деякі професії (наприклад, професію військового) або спортивні досягнення.

5) Причина невротичних порушень, неадекватності, аномалій поведінки - порушення балансу між несвідомими потягами і культурно-нормативними вимогами, що трапляється при неефективності захисних механізмів. Стратегія, засіб, якими користуються психоаналітики - це інтерпретація проявів підсвідомого. В якості об'єкта інтерпретації в психоаналізі часто виступають сновидіння, продукти творчості, вільні асоціації, фантазії, помилкові дії (описки, обмовки, помилки пам'яті).

Діапазон трактувань поняття психоаналізу великий. Якщо взяти за вихідне визначення якесь одне з трактувань, то вислизає ґрунт для адекватного розуміння психоаналізу в цілому як явища. Для розуміння поняття психоаналізу звернемо увагу на його характеристики, наведені Фрейдом в його роботах різних років.

- Психоаналіз—це частина психології як науки, дослідження несвідомого,
- Незамінний засіб наукового дослідження,
- Спосіб дослідження психічних процесів,
- Безпартійний інструмент, як наприклад, обчислення нескінченно малих величин,

- Наука про психічне несвідоме,
- Інструмент, який дає можливість Я опанувати ВОНО
- Дослідження, що визнає факти перенесення (трансферу) і опору як вихідні положення роботи,
- Допоміжний засіб дослідження в різноманітних галузях духовного життя,
- Один з видів самопізнання,
- Мистецтво тлумачення,
- Метод для полегшення душевних страждань,
- Медичний метод, спрямований на лікування окремих форм невротичних розладів за допомогою певних психологічних технік.

Таким чином, психоаналіз є і наукою, і мистецтвом, й займає середнє місце між медициною та філософією.

Найбільш повне визначення психоаналізу Фрейд дав в енциклопедичній статті "Психоаналіз і теорія лібідо", розглядаючи психоаналіз як:

- Спосіб дослідження психічних процесів, недоступних розумінню іншим чином,
- Метод лікування невротичних розладів, заснований на цьому дослідженні,
- Ряд виниклих в результаті цього психологічних конструкцій, постійно розвиваючихся та утворюючих нову наукову дисципліну.

Основною передумовою психоаналізу є поділ психіки на свідоме та несвідоме. Психоаналітик не вважає свідомість суттю психіки, а виходить з того, що несвідомі потяги і бажання обумовлюють мислення і поведінку людини.

Причиною більшості психічних і емоційних розладів є те, що вони сягаючи своїм корінням в дитинство, є результатом травматичних переживань дитинства. Несвідомі потяги і бажання сексуального та агресивного характеру приходять в зіткнення з існуючими в суспільстві моральними і культурними нормами, породжуючи психологічний конфлікт, шляхом витіснення зі свідомості "поганих" потягів і бажань. Але вони не зникають безслідно, а витісняючись в глибини людської психіки, рано чи пізно дають про себе знати. Завдяки механізмам сублімації (перенаправлення сексуальної або агресивної енергії на соціально прийнятні цілі) вони можуть проявлятися в творчості, в науковій діяльності, або можуть штовхати до "втечі у хворобу", проявлятися в невротичному способі вирішення проблем й життєвих протиріч, що стоять перед людиною. Психоаналіз націлений на

виявлення змісту і значення несвідомого в житті людини, на розкриття й розуміння механізмів функціонування психіки людини.

Психоаналіз спочатку склався як метод лікування неврозів, але потім перетворився в загально психологічну теорію, засновану на ідеї про те, що поведінка визначається не тільки і не стільки свідомістю, скільки несвідомим, розмістивши в центр уваги рушійні сили душевного життя неусвідомлені мотиви та потяги.

Психоаналіз сьогодні вживається у трьох основних значеннях: 1) теоретичний напрямок в психології; 2) особлива методологія дослідження психіки; 3) психотерапевтичний метод.

1. Психоаналіз — перша теорія, яка намагається пояснити динаміку особистості. Фрейд після тривалих спостережень за пацієнтами прийшов до висновків, які значно змінили уявлення про психіку. Він стверджував, зокрема, що поведінка великою мірою підпорядковується впливу підсвідомих сил, названих їм потягами. Вони обумовлені інстинктами, і насамперед, пригніченими бажаннями, задоволення яких «заборонено» на рівні свідомості, внаслідок чому вони витіснені в область несвідомого. Ці бажання продовжують діяти без відома свідомості, проявляючись в сновидіннях, творчості, обмовках, мимовільних відхиленнь від адекватної поведінки, впливаючи на вибір професії і стратегії життя.

2. Психоаналіз як особлива методологія дослідження психіки. Згідно З.Фрейда, він займає середнє місце між медициною і філософією; його початок - відкриття і застосування методу вільних асоціацій.

3. Психоаналіз як метод психотерапевтичного лікування - це сукупність способів виявлення особливостей переживань і дій людини, зумовлених неусвідомленими мотивами. Основні технічні засоби психоаналізу:

- 1) асоціативний метод - аналіз вільних асоціацій;
- 2) аналіз і тлумачення снів і сновидінь (метод аналізу снів; сновидіння: тлумачення);
- 3) аналіз і тлумачення різних помилкових і ненавмисних (випадкових) симптоматичних дій в повсякденному житті (метод аналізу помилок).

Фрейдизм часто критикувався, іноді дуже різко, за те, що його концепції майже неможливо перевірити експериментально. Проте ідеї З.Фрейда заклали цілий ряд нових уявлень про функціонування психіки людини, особливо щодо дитинства і сексуальності. Крім того, фрейдизм впровадив чимало понять, які увійшли в сучасну психологію і спонукали до нових досліджень. Перш за все, в психоаналізі предметом вивчення стала динаміка відносин між несвідомим і свідомістю. Саме існування несвідомого визнавалося рядом вчених і до Фрейда, але динаміка його впливу на

свідомість, його механізми вперше були поставлені в центр уваги саме Фрейдом. Це означало зміну предмета психології: свідомість перестала бути замкнутим у собі когнітивним простором і стало частиною живого життєвого цілого.

Сексуальна сфера життя також увійшла в поле зору психології завдяки Фрейдю. Він привернув особливу увагу до ролі дитячого, насамперед сімейного досвіду в розвитку особистості. Ідея психологічного захисту також одна з центральних в сучасній психотерапії. Не всі згодні з теоретичними поясненнями Фрейда, але зазвичай визнають, що саме його метод ліг в основу більшості терапевтичних систем сьогодення. Психоаналіз дійсно являв абсолютно нову психологічну систему. Сьогодні психоаналіз не співвідноситься тільки з ім'ям свого засновника. Учні і послідовники Фрейда в більшості не поділяли пансексуалізм свого вчителя і розвивали власні вчення про несвідоме і психічне життя. Вони роблять головний упор на соціальне значення криз, що відбуваються у процесі формування індивіда. Розвиток психоаналізу значною мірою пішов від класичних фрейдових уявлень щодо цілої низки положень, і насамперед, щодо сексуальної детермінації поведінки, проте нині психоаналіз досить різноманітний і часто виявляє мало схожого з теорією Фрейда. Проте визначальні положення, що стосуються ролі несвідомого, ролі дитячого досвіду, проблема внутрішніх конфліктів, формування психологічного захисту є практично в кожній з цих концепцій, що дозволяє говорити про психоаналіз як цілісний напрям. Роль вчення Фрейда порівнянна з роллю фундаменту будівлі - мало помітного, але який тримає всю будівлю.

Основні психоаналітичні ідеї:

- В психіці немає нічого випадкового,
- Події перших років мають першорядне значення для всього подальшого життя,
- Едіпів комплекс (прояв дитиною несвідомих потягів, що супроводжуються вираженням почуттів любові і ненависті до батьків) є не тільки ядром неврозів, але і джерелом виникнення моральності, моралі, релігії, суспільства і культури,
- Фрейд виділяє в структурі психіки «несвідоме» - як основну і головну складову психіки людини. Індивід народжується істотою несвідомою, це база, на якій формуються всі психічні структури. Свідоме розвивається з несвідомого. Свідомість представляє собою поверхневий шар душевного апарату. Несвідоме - це той зміст психічного життя, про наявність якого людина або не підозрює в даний момент, або не знає про нього протягом

тривалого часу, або взагалі ніколи не знала. За своїм змістом несвідоме неоднорідне. Фрейд виділяє два види несвідомого:

1) латентне, але здатне до усвідомлення, яке Фрейд називає предсвідоме;

2) абсолютне, витіснене - саме по собі і без подальшого аналізу не здатне бути усвідомленим.

До області несвідомого належать: інстинктивні елементи, які ніколи не були свідомими і взагалі недоступні свідомості; матеріал, який відділений від свідомості, підданий цензурі та витіснений або пригнічується.

- Психічний апарат складається з трьох областей несвідомого «Воно» або «Ід» (потягита інстинкти, які беруть свій початок в соматичній структурі і проявляються в неусвідомлюваних формах, «Воно» завжди прагне до отримання задоволення будь-якою ціною), свідомого «Я» або «ЕГО» (яке несе функції самозбереження і контролю над вимогами «Воно») та гіперморального «Сверх-Я» або «Супер-Его», яке уособлює собою авторитет батьків, соціальні норми, совість.

- Основні потяги людини – це потяг до життя (Ерос) і потяг до смерті (Танатос).

У клінічній практиці психоаналіз спрямований на усунення невротичних симптомів шляхом усвідомлення пацієнтом своїх несвідомих потягів і бажань з метою розуміння й подальшого свідомого вирішення внутріпсихических конфліктів. Використовуючи різні аналогії, З. Фрейд порівнював психоаналітичну терапевтичну роботу з роботою хіміка (хімічний аналіз), археолога (розкопки древніх верств), втручанням хірурга і впливом вихователя.

Мета психоаналізу:

1. Основною метою психоаналізу є не стільки лікування, яке часом здійснюється саме по собі, або, навпаки, виявляється проблематичним і недосяжним, скільки полегшення страждань пацієнтів (як одного разу зауважив З. Фрейд, повторивши вислів одного мудрого лікаря: «Я полегшую, Бог виліковує»);

2. Мета психоаналітичної терапії полягає не стільки у звільненні пацієнта від окремого невротичного симптому, аномалій характеру або хвороби в цілому, скільки в зміні його поглядів на навколишній світ, інших людей, самого себе і своє захворювання;

3. Мета терапії є не структурна модифікація психіки пацієнта, свідомо чи несвідомо нав'язана аналітиком в процесі лікування, а надання йому можливості внутрішнього вибору життєвих орієнтирів, здатних змінити його образ мислення та поведінки;

4. Мета психоаналітичної терапії полягає не в лікуванні будь-якою ціною, в тому числі ціною усунення душевних переживань, що виникають у людини в зв'язку з його внутрішньопсихічними конфліктами, а в пробудженні його конструктивного потенціалу, орієнтованого на розвиток самості, здатності до співпереживання та співчуття, потреби в причетності до життя.

5. Мета терапії є не стільки вирішення внутрішньопсихічних конфліктів, скільки створення психологічних передумов для становлення людини зрілим, самостійним, здатним творчо вирішувати виникаючі перед ним проблеми і нести відповідальність за свої рішення.

Зазвичай під практикою психоаналізу розуміється безпосередня робота з пацієнтами. Психоаналіз розглядається як форма психотерапії. Всі інші аспекти психоаналізу залишаються, як правило, за межами уваги практикуючих психоаналітиків, що апелюють до клінічної роботи. Між тим існує так званий прикладний психоаналіз, метою якого є використання психоаналітичних ідей у різних сферах пізнання і діяльності людей, будь то економіка, політика, релігія, культура. Він включає в себе не стільки дослідну, скільки практичну діяльність, пов'язану з маркетингом, бізнесом, рекламою, іміджмейкерством, кінематографією, радіо і телемовленням, системою виховання і освіти, пастирським служінням.

До теперішнього часу стало загальноприйнятим поділ психоаналізу на клінічний і прикладний. Фрейд був прихильником тісної взаємодії між теорією і практикою психоаналізу, між розробкою наукового психоаналізу і практичного використання його ідей, основоположних принципів і методів в медицині (в якості терапії) та в інших сферах життя людей.

Питання до засвоєння теоретичних знань:

1. Визначення психоаналізу
2. Мета психоаналізу
3. Завдання психоаналізу
4. Зв'язок психоаналізу з іншими медичними науками
5. Основні функції психоаналізу
6. Основні психоаналітичні ідеї
7. Поняття прикладного психоаналізу

Джерела інформації:

1. Кохут Х. Анализ собственного “Я”. — М.: Наука, 2000.
2. Куттер П. Современный психоанализ. — СПб.: БСК, 1997. 1

3. Мак-Вильямс Н. Психоаналитическая диагностика-М.класс,1998.
4. Томэ Г., Кехеле Х. Современный психоанализ. — М.: Класс, 1999.
5. Фрейд З. Введение в психоанализ: Лекции. — М.: Наука, 1990.
6. Фрейд З. О клиническом психоанализе: Избр. соч. — М.: Медицина, 1991.
7. Фрейд З. Психоанализ, религия, культура. — М.: Ренессанс, 1992.
8. Бреннер Э. Элементарный учебник психоанализа. — СПб.: Наука, 1999.
9. Блум Геральд. Психоаналитические теории личности. — М.: КСП, 1996.
10. Браун Дэнис, Педдер Джонатан. Введение в психотерапию. Принципы и практика психодинамики. — М.: Класс, 1998.
11. Гринсон Ч. Техника и практика психоанализа. — М.: Класс, 1998.
8. Каплан Г. И., Сэдок Б. Дж. Клиническая психиатрия. — М.: Медицина, 1994.
9. Кейсмент П. Обучаясь у пациента. — Воронеж: НПО “МО- ДЭК”, 1995.
12. Кернберг О. Ф. Тяжелые личностные расстройства: Стратегии психотерапии. — М.: Класс, 2000.

Тема 2. Робота психоаналітика

Актуальність теми: Актуальність теми обумовлена тим, що розвиток психоаналітичних доктрин справив значний вплив на психологічну науку і став однією з провідних ідейних, теоретичних і методологічних основ її психології та психотерапії сучасного періоду.

Мета заняття: ознайомлення з методами роботи психоаналітика, вивчення місця та ролі, її сутності та відмінності від інших методів психотерапії.

Блок провідних теоретичних знань:

Психоаналітична психотерапія заснована на принципах класичного психоаналізу. Фрейд писав: «Припущення про несвідомі психічні процеси, визнання теорії придушення і опору, дитячої сексуальності і Едіпова комплексу утворюють головні елементи психоаналізу і базисні передумови цієї теорії. Ніхто не може вважати себе психоаналітиком, якщо він не визнає їх». Ці основні теоретичні конструкти є базою для проведення психотерапевтичної дії.

Виходячи з того, що невроз розуміється як результат конфлікту між несвідомим і свідомістю, основна задача психотерапії в рамках психоаналізу полягає в тому, щоб зробити несвідоме свідомим, усвідомити несвідоме. Задача психотерапевта-психоаналітика — розкрити і перевести в свідомість несвідомі тенденції, потяги і конфлікти, тобто сприяти усвідомленню. Психоаналітик будує процес так, щоб полегшити прояв і розуміння несвідомого. Щоб досягти усвідомлення, психоаналітик повинен піддати психоаналізу ряд психічних феноменів, в яких несвідоме знаходить свій вираз: вільні асоціації, символічні прояви несвідомого (обмовки, описки, очитки, забування слів, помилкові дії), перенесення і опір. Термін аналіз припускає також певні процедури: конфронтацію, прояснення, інтерпретацію і подолання.

Існують два типи психоаналітичної психотерапії: інсайт-орієнтована і суппортивна.

В першому варіанті пацієнт приходиться кілька разів на тиждень; сеанси проводяться індивідуально. Мета взаємодії полягає в усвідомленні несвідомого психологічного конфлікту; акцент ставиться на реальних проблемах.

В суппортивній психотерапії основний елемент лікування складає швидше підтримка хворого, ніж розвиток у нього інсайту. Звичайно це

терапія вибору для пацієнтів з серйозною уразливістю «ЕГО», зокрема, для психотичних пацієнтів, показана вона і пацієнтам у кризовій ситуації, наприклад, в гострому горі. Це терапія тривала, може розтягнутися на багато років. Підтримка повинна виражатися перш за все в обмеженні оточення, підвищенні реальних соціальних можливостей, заспокоєнні, пораді і допомозі в соціальних змінах.

В цілому ж в психоаналітичній психотерапії акцент робиться на самопізнанні і здатності постійно поглиблювати розуміння свого внутрішнього психічного життя (Карвасарський Б. Д., 1998).

В основі психоаналітичної концепції лежить уявлення про те, що аномальна поведінка людини є слідством неадекватної інтерпретації їм своїх відчуттів, потреб і спонук. Виходячи з такого розуміння людської поведінки, основною метою терапії виступає допомога клієнту в розумінні і усвідомленні ним причин його поганого пристосування до реальності і надання йому допомоги в можливості адаптації до неї.

Робота психоаналітика будується в двох основних напрямках:

1. Робота з клієнтом над усвідомленням неусвідомлюваного (мотивів, потягів, фіксації захисних механізмів, способів поведінки) і ухвалення клієнтом адекватної і реалістичної інтерпретації.

2. Робота з клієнтом над посиленням його «ЕГО» для побудови більш реалістичної поведінки.

В класичному психоаналізі роль і позиція психотерапевта достатньо жорстко фіксована. Основні вимоги до особи психотерапевта: неутручання, відчуженість, нейтралітет, особова закритість, уміння і здатність витримати «перенесення» і працювати з «контрперенесенням», тонка спостережливість і здібність до адекватних інтерпретацій.

Однією з найважливіших вимог до психоаналітика є спроможність психотерапевта усвідомлювати власні проблеми, реакцій та їх вплив на клієнта. Обов'язковою умовою професійної підготовки психоаналітика є проходження тривалого і докладного власного курсу психоаналізу.

Найбільш важливим умінням, яким аналітик повинен володіти, є вміння співвідносити свідомі думки, почуття, фантазії, імпульси і поведінку пацієнта з їхніми несвідомими попередниками. Він повинен вміти відчувати, що лежить за продукцією пацієнта, за його питаннями, за його емоціями.

Аналітик повинен вміти ідентифікуватися з пацієнтом, але розуміння істинних причин думок і переживань, запропонованих пацієнтом, у аналітиків, повинно йти далі. Досвідчений аналітик вміє користуватися своєю інтуїцією, яка тісно пов'язана з емпатією.

Психоаналітична ситуація вимагає від аналітика, щоб у взаємодії з пацієнтом він був в змозі підтримувати, з одного боку, невроз перенесення, а з іншого - робочий альянс. Це вимагає від аналітика певних здібностей та вміння, так як невроз перенесення завжди знаходиться в опозиції до робочого альянсу. Досвідчений аналітик знає, що як «правило абстиненції», так і «правило дзеркала» повинні використовуватися в міру і врівноважувати один одного.

В цьому відношенні доречно нагадати 5 правил Гринсона (Greenson, 1986):

- 1) всяке висловлювання пацієнта заслуговує уваги аналітика;
- 2) не можна заподіяти пацієнтові біль більше тієї, яка необхідна;
- 3) аналітик має бути для пацієнта гідом на всьому шляху нового для нього психоаналітичного лікування;
- 4) аналітик зобов'язаний дбати про збереження у пацієнта самоповаги і почуття власної гідності;
- 5) поведінка та висловлювання аналітика повинні бути орієнтовані на єдину мету - лікування.

Мистецтво аналітика багато в чому залежить від його особистісних особливостей. Ніхто не народжується аналітиком і ніхто не стає їм раптом. Насамперед він повинен проявляти щирий інтерес до людей, до їх хвороб і страждань, а не використовувати аналіз тільки як засіб власного існування. Допитливість, жвавість уяви, любов до фантазії, що гармонійно поєднуються з умінням тверезо аналізувати — дуже необхідні і найбільш цінні риси аналітика. Терапевт повинен бути відносно вільний від різних табу і обмежень, які суспільство завжди накладає на взаємовідносини між людьми. У висловлюваннях пацієнта для нього не повинно бути нічого безглузлого або огидного. Здатність розуміти несвідоме іншої особистості виходить із здатності до емпатії. Емпатія є формою розуміння іншої людини шляхом тимчасової і часткової ідентифікації з ним. Аналітик повинен вміти висловлювати свої думки просто і жваво; його розмовну мову можна порівняти з добре розробленими руками хірурга. Аналітик повинен вміти мовчати. Щоб деталізувати свої думки, фантазії» почуття, пацієнту потрібно на деякий час забути про аналітиці або відсунути на задній план. Аналітик повинен володіти почуттям такту і вміти вибрати час для інтерпретації своїх спостережень.

Другий, не менш важливим завданням аналітика є формування у пацієнта неврозу перенесення, а для цього потрібні особливості, часто протилежні тільки що описаного. Так, щоб полегшити розвиток неврозу

перенесення, аналітик повинен залишатися відносно анонімним, а іноді провокувати пацієнта до реакцій переносу.

Співпереживання, турбота і теплота завжди повинні бути притаманні аналітику, однак при необхідності він повинен уміти зайняти позицію безпристрасного спостерігача. Щире прийняття і терпимість аналітика до будь-якого матеріалу пацієнта, його уважне ставлення до всіх деталей незалежно від того, наскільки вони огидні або примітивні, прямий і рішучий підхід до найбільш делікатних питань — всі ці якості безсумнівно сприяють створенню продуктивної психоаналітичної ситуації.

До клієнта також пред'являється ряд вимог.

По-перше, від нього очікується ухвалення самої концепції психоаналізу.

По-друге, від клієнта очікується повна відвертість і готовність до тривалого (від декількох місяців до багатьох років) періоду спільної роботи.

По-третє, клієнт бере на себе зобов'язання утримуватися від різких змін в особистому житті протягом курсу психоаналізу (а в деяких випадках такий курс може тривати до 20 років, по декілька п'ятдесяти хвилинних сеансів в тиждень).

Етичний Кодекс психоаналітика

Етичний Кодекс психоаналітика - це набір правил, якими він керується у своїй професійній діяльності. У кожному професійному співтоваристві, членом якого є психоаналітик існують свій власний Етичний Кодекс, але в цілому вони єдині, та включають наступні принципи:

повага до клієнта та тієї групи людей, з якими вони працюють;

уникнення експлуатації довірою і залежністю своїх клієнтів;

забороняється сексуальні відносини зі своїми клієнтами;

не бажано проводити терапію родичів, близьких друзів;

психоаналітик повинен утримуватися від ведення практики, якщо його стан здоров'я (душевне або фізична) не є задовільним;

психоаналітик активно протидіє тим ідеям і діям, які принижують гідність клієнта щодо його етнічної приналежності, раси, статі, сексуальної орієнтації, релігії чи економічного статусу;

психоаналітик зобов'язується дотримуватися конфіденційності отриманої інформації на прийомі, якщо інше не несе реальну і фізичну загрозу безпеці клієнта, аналітика та інших людей.

Недотримання даних норм карається виключенням аналітика з професійного співтовариства і втратою ним професійного статусу.

Психоаналіз — це система заходів, яка може тривати довгі роки, перш ніж стан клієнта покращиться, і він буде здатний реалістично керувати

власним життям. Відзначають, що найбільших успіхів з його допомогою можна добитися у осіб у віці від 15 до 50 років, які володіють високим інтелектом та їх психічні проблеми мають швидше невротичну, ніж психотичну природу.

Важливим є прагнення клієнта тісно співпрацювати з психотерапевтом, бажання і стан зрозуміти процес психоаналізу. Крім того, слід зазначити, що чим молодше клієнт і чим сильніше у нього тривога, тим вище вірогідність значного поліпшення його стану.

Показання та протипоказання до психоаналітичної терапії залежать від багатьох факторів: характеру захворювання, особистості хворого, організації психотерапевтичної допомоги і т. д. Слід враховувати, що психоаналіз — це тривале лікування, зазвичай вимагає від 3 до 5 років. Тому, перш ніж рекомендувати його хворому, потрібно зважити всі реальні можливості.

Будь якому методу психотерапії повинен передувати правильний діагноз. Це повною мірою відноситься і до психоаналізу. Ще Фрейд підкреслював, що «психотичні пацієнти в сутності нарцистичні і не можуть бути піддані лікуванню психоаналізом». Показаннями до класичного психоаналізу є такі неврози, як неврастенія, істерія, невроз нав'язливих станів, психогенна депресія, психосоматичні захворювання. Психоаналіз протипоказаний при шизофренії, біполярному афективному розладі, під час гострих психозів (галюцинозів, збудження, делірію), загострення психічних захворювань. Під час такого стану людина неадекватно сприймає себе, своє місце в навколишній дійсності, може неправильно оцінювати події, що відбуваються, тому він в принципі не здатний розібратися в собі, в своїх проблемах. Показання до лікування психоаналізом психопатій, перверсій, девіантних форм поведінки в кожному випадку повинно вирішуватися індивідуально.

У психоаналітиків існує поняття про здатність пацієнта до аналізу власних психічних процесів, так само як, наприклад, у психотерапевтів, орієнтованих на сугестивну терапію, поняття про сугестивності. Здатність пацієнта до аналізу власних психічних процесів залежить в основному від особистісних особливостей пацієнта. Тільки людина з сильною мотивацією зможе успішно «працювати» в аналітичній ситуації. Не можуть розраховувати на успіх пацієнти, які чекають від психоаналізу швидких позитивних результатів або зацікавлених у своєму хворобливому стані (істеричний невроз, деякі форми перверсій).

Здатність пацієнта до аналізу власних психічних процесів залежить від його спроможності зняти контроль над своїми думками і почуттями, дозволити їм проявлятися пасивно, без належної верифікації. Одним з

факторів, що сприяють успіху аналізу, є здатність до емпатії, саморефлексії, здатність тимчасово ідентифікуватися з іншими людьми. Замкнуті, емоційно ригідні люди погано піддаються психоаналітичній терапії. Протипоказанням для психоаналізу є слабоумство, а також виражена імпульсивність, виключає терпіння і тривалу методичну роботу.

Досвід показує, що класичний психоаналізм менш ефективний у людей, не здатних сформувати з аналітиком робочий альянс і погано формують невроз перенесення. Важко піддаються психоаналізу і ті пацієнти, які формують надмірно виражене невротичне перенесення.

Слід нагадати слова Фрейда, який вже в кінці життя на підставі величезного досвіду зазначав, що «область застосування психоаналітичної терапії складають неврози перенесення — фобії, істерія, неврози нав'язливості, крім того, розлади характеру, що з'являються в результаті цих неврозів. Всі відмінне від цього... в більшій чи меншій мірі непридатне» (Freud, 1933)

Основні стадії психоаналізу

Перша стадія — пошук хворобливого вогнища (його згадування). На цій стадії використовують методи асоціацій, спостереження за поведінкою людини, вивчення гумору, обмовок, описок людини. Стадія закінчується виявленням цього вогнища.

Друга стадія — розкриття вогнища збудження, його вербалізація. Людина вимовляється, розповідає психотерапевту про свої переживання і їх причини. Це дуже хворобливий процес, оскільки людина як би наново переживає і страждає, при цьому дуже часто формується негативне і агресивне відношення до терапевта. Стадія вважається закінченою після того, як людина все розповіла і почала поступово заспокоюватися.

Третя стадія — переоцінка значущості подій, прихованих в хворобливому вогнищі, так зване «переклеювання ярликів». Наприклад, з «ворога» в «неприємну людину», з «подруги» в «знайому» і т.д. На цій стадії особливе значення має уважне і дбайливе відношення психотерапевта до клієнта, допомога клієнту в зміні його системи установок.

Четверта стадія — емоційне забарвлення нової системи установок, головним чином позитивне, спокійне. Здійснюється поступовий перехід від любові до байдужості, від агресивності до байдужості.

П'ята стадія — забування, ліквідації вогнища збудження. Частіше за все ця стадія проходить природним шляхом як продовження роботи з терапевтом на попередніх стадіях.

Психоаналіз як психокорекційний процес включає наступні процедури:
— конфронтацію;

- прояснення (кларифікацію);
- інтерпретацію;
- опрацювання.

Конфронтація використовується для того, щоб показати клієнту, що він чогось боїться, уникає, для виділення, відособлення того психічного феномена, який повинен стати предметом аналізу.

Кваліфікація полягає в чіткому фокусуванні значущих деталей.

Інтерпретація припускає перетворення неусвідомлених деталей і явищ в усвідомлені.

Опрацювання включає комплекс процедур і процесів, які необхідно здійснити після інсайту. Це сама трудомістка частина психоаналітичної роботи, оскільки потрібна велика кількість часу і зусиль для подолання опору, який виступає перешкодою на шляху перетворення особи.

Найважливішою з цих процедур є інтерпретація, всі інші їй підлеглі: вони або ведуть до неї, або роблять її більш ефективною.

Техніки психоаналізу.

Класичний психоаналіз включає п'ять базисних технік:

1. Метод вільних асоціацій.
2. Тлумачення (інтерпретація) сновидінь.
3. Інтерпретація.
4. Аналіз опору.
5. Аналіз перенесення, контрперенесення.

1. Метод вільних асоціацій полягає в тому, що психоаналітик пропонує клієнту виказувати будь-які припущення, що з'являються у клієнта і відображають його переживання. Вислови можуть вестися у випадковому порядку, вони є спонтанними, мимовільними. Для аналітика важливі наступні моменти:

- зміст висловів;
- послідовність висловів;
- блокування висловів.

Останні два моменти є ключами до неусвідомлюваної проблематики, визначити яку і зобов'язаний психоаналітик, виходячи з тієї школи або напряму психоаналізу, якої він дотримується.

2. Тлумачення (інтерпретація) сновидінь клієнта, яке сам Фрейд називав «найкоротшим шляхом в підсвідоме». Під час сну ослабляються «эго»-захисні механізми і виявляються приховані від свідомості переживання. Сновидіння — це не тільки ілюстрація пригнічених переживань, але і процес їх перекладу в більш прийнятну для свідомості

форму. Саме цю функцію сновидіння Фрейд позначив як «робота сновидіння».

Задача психоаналітика полягає в забезпеченні інтерпретацій, розкритті латентного змісту сновидінь і спонуканні клієнта до вислову вільних асоціацій, пов'язаних зі сновидінням, а звідси і допомога йому в усвідомленні реальних подій минулого і теперішнього часу, що викликали ті або інші картини снів.

3. Інтерпретація є роз'ясненням неясного або прихованого для клієнта значення деяких аспектів його переживання або поведінки. При цьому неусвідомлені феномени стають усвідомленими. Інтерпретація включає три основні процедури:

1. Ідентифікацію (виявлення, виокремлення).
2. Роз'яснення (власне тлумачення).
3. Переклад тлумачення на мову повсякденного життя клієнта.

Основні правила інтерпретації:

Йти від поверхневих до більш глибоких переживань.

Інтерпретувати те, що клієнт здатний вже прийняти.

Перш ніж інтерпретувати те або інше переживання клієнта, необхідно вказати йому на захисний механізм, що лежить в його основі.

Інтерпретація - основний вид діяльності аналітика під час лікування, процес, в ході якого аналітик словами висловлює те, що він зрозумів у психічному житті пацієнта. Розуміння ґрунтується на описі пацієнтом своїх спогадів, фантазій, бажань, страхів і інших елементів психічного конфлікту, які їм не усвідомлені або усвідомлені неповно, неточно або в спотвореній формі. Інтерпретація ґрунтується також на спостереженнях за тим, як пацієнт змінює відносини з аналітиком, щоб зустрітися з несвідомими потребами і оживити минулі переживання.

Генетична інтерпретація пов'язує і співвідносить почуття, думки, конфлікти і поведінку в сьогоденні з їх історичними попередниками, часто звертаючись до раннього дитинства. Реконструкція, будучи частиною генетичної інтерпретації, являє собою "збір" інформації про психологічно значущі ранні переживання. Ця інформація витягується зі сновидінь, вільних асоціацій, трансферних відносин і інших джерел аналітичних даних. Динамічна інтерпретація спрямована на прояснення конфліктуючих психічних тенденцій, що виявляються в поведінці, почуттях і інших формах психічної діяльності. Інтерпретація перенесення (трансферу) розкриває і пояснює зміну психоаналітичних взаємин, виниклих, але зміщених на фігуру аналітика, почуттів, установок і способів поведінки, що спочатку

відносилися до значних фігур з минулого пацієнта, зазвичай до батьків, братів і сестер.

Аналогічна інтерпретація, зазвичай передбачає працю з матеріалом сновидінь, та розкриває і прояснює абстрактні ідеї, які через складність їх безпосередньої репрезентації в психічних образах, які представлені матеріалом в алегоричній формі, певною мірою вільно співвідносяться з абстрактними думками.

Інтерпретація зазвичай передбачає доповнення та зміни з боку аналітика і пацієнта в міру появи нового матеріалу. Процес інтерпретації дозволяє пацієнтові зрозуміти своє минуле і справжнє внутрішнє життя по-новому, менш спотворено і більш повно, що дає можливість змінювати почуття, установки та поведінку.

4. Аналіз опору. Основні функції цієї техніки — забезпечити усвідомлення клієнтом своїх «Его»-захисних механізмів і прийняти необхідну конфронтацію по відношенню до них, враховуючи, що саме опір «ЕГО» є головною перешкодою усвідомлення особистісних проблем.

Захисти виявляються в тому, що клієнт чинить опір впливу психолога. Це виражається в тому, що його «ЕГО» захищає себе (з метою уникнути страху) від тих переживань, які для нього неприйнятні. Форми такого опору можуть бути самими різними: гумор, мовчання, засипання і т.д. Але найістотношою в практиці є така форма опору, як перенесення (трансфер), тобто перенесення на психолога відчуттів, викликаних свого часу іншими значущими для клієнта особами.

Даний феномен має і зворотню сторону, тобто можливе перенесення відчуттів з боку психолога на клієнта, у такому разі він називається «контрперенесення».

Основними психологічними механізмами «Его»-захисту є наступні: раціоналізація, заперечення, регресія, витіснення, проекція, інпроекція, ідентифікація, інтелектуалізація, утворення реакції, заміщення, сублімація, компенсація, ритуал, ізоляція, часткова компромісна реакція.

Головне правило психоаналітика полягає у використуванні для інтерпретації найочевидніших «Его»-захисних механізмів. Істотним моментом в аналізі опору є не пригнічення та подання «ЕГО» (бо психологічний захист необхідний), а саме усвідомлення захисту як психологічного механізму, неусвідомлено діючого там, де, як виявляється, захисна функція вже не потрібна.

5. Аналіз перенесення. В класичному психоаналізі перенесення трактується як неодмінний атрибут психотерапії і спеціально заохочується певною позицією аналітика (невтручання, відчуженість, закритість і т.д.)

Аналіз «неврозу перенесення» — ключовий момент, оскільки він сприяє усвідомленню фіксацій, що визначають поведінку і переживання клієнта таким чином, що фігура психотерапевта стає як би фантомом, на який накладаються відносини і переживання, пов'язані з емоційними травмами перших літ життя клієнта. Значення аналізу перенесення полягає у виявленні справжніх психоемоційних основ, зафіксованих форм поведінки, інтерпретації їх й тим самим допомагаючи клієнтові в їх опрацюванні та викоріненні.

Теорія психоаналізу доречна для розуміння фактично будь-якої сфери людської поведінки. Не буде перебільшенням сказати, що у сучасній психології немає іншої теорії, яка б мала таку кількість конкретних застосувань, як психоаналіз. Навіть ті, хто відкидає її, визнають її великий і продуктивний внесок у вирішення особистісних проблем. І це, мабуть є найбільш істотним та перспективним застосуванням психоаналітичної теорії, до якої спеціалісти звертаються знов і знов.

Питання до засвоєння теоретичних знань:

1. Основні напрямки роботи психоаналітика
2. Основні вимоги до особистості психоаналітика
3. Вимоги до клієнта
4. Протипоказання для роботи психоаналітика
5. Етичний кодекс психоаналітика
6. Стадії роботи психоаналітика
7. Процедури психокорекції (перерахувати та коротко описати)
8. Перерахувати базисні техніки психоаналізу та дати скорочений опис методу вільних асоціацій
9. На чому базується техніка тлумачення сновидінь
10. Стисло опишіть техніку інтерпретації
11. В чому полягає техніка аналізу опору (стисло основні поняття)
12. Що таке аналіз перенесення
13. Докладно опишіть техніку інтерпретації
14. Процедура опрацювання

Джерела інформації:

1. Кохут Х. Анализ собственного “Я”. — М.: Наука, 2000.

2. Куттер П. Современный психоанализ. — СПб.: БСК, 1997. 1
3. Мак-Вильямс Н. Психоаналитическая диагностика-М.класс,1998.
- 4.. Томэ Г., Кехеле Х. Современный психоанализ. — М.: Класс, 1999.
5. Фрейд З. Введение в психоанализ: Лекции. — М.: Наука, 1990.
6. Фрейд З. О клиническом психоанализе: Избр. соч. — М.: Медицина, 1991.
7. Фрейд З. Психоанализ, религия, культура. — М.: Ренессанс, 1992.
8. Бреннер Э. Элементарный учебник психоанализа. — СПб.: Наука, 1999.
9. Блум Геральд. Психоаналитические теории личности. — М.: КСП, 1996.
10. Браун Дэнис, Педдер Джонатан. Введение в психотерапию. Принципы и практика психодинамики. — М.: Класс, 1998.
11. Гринсон Ч. Техника и практика психоанализа. — М.: Класс, 1998.
8. Каплан Г. И., Сэдок Б. Дж. Клиническая психиатрия. — М.: Медицина, 1994.
9. Кейсмент П. Обучаясь у пациента. — Воронеж: НПО “МО- ДЭК”, 1995.
12. Кернберг О. Ф. Тяжелые личностные расстройства: Стратегии психотерапии. — М.: Класс, 2000.

Тема 3. Теорія Фрейда

Актуальність теми: Актуальність теми обумовлена тим, що розвиток психоаналітичних доктрин справив значний вплив на психологічну науку і став однією з провідних ідейних, теоретичних і методологічних основ психології та психотерапії сучасного періоду.

Мета заняття: ознайомлення з передумовами виникнення теорії Фрейда, її місця та ролі, її сутності та відмінності від інших психоаналітичних теорій.

Блок провідних теоретичних знань:

Згідно психодинамічних постулатів людина не народжується особистістю: генотип є ґрунтом, на основі якого у взаємодії із соціальним середовищем формується особистість. З. Фрейдом описано 4 стадії психосексуального розвитку особистості. Термін “психосексуальний” означає, що фактором, який визначає розвиток особистості є сексуальний інстинкт. Людина народжується з певною кількістю сексуальної енергії (лібідо), яка поступово витрачається в процесі проходження нею основних фаз психосексуального розвитку. У випадку фрустрації (незадоволення) основних потреб або гіперопіки (надмірного задоволення), відбувається фіксація (затримка) на даній стадії розвитку і схильність регресувати (повертатись до попередніх стадій розвитку) в цей період життя у стресових ситуаціях.

Таким чином, структура особистості характеризується в категоріях відповідних стадій психосексуального розвитку, на яких відбулась фіксація. З кожною із виділених стадій пов’язані різні типи характерів і різні рівні особистісної організації.

В оральній фазі за Фрейдом (від народження до 18-ти місячного віку) основні потреби - послабити напруження внаслідок голоду і спраги - задовольняються через рот. Під час годування дитина переживає задоволення і спокій (в концепції розвитку З. Фрейда задоволення і сексуальність тісно переплітаються; сексуальність розуміється як стан збудження, що супроводжує процес насичення у малюка).

При надмірній чи недостатній стимуляції в першій половині цього періоду за Фрейдом скоріш за все сформується орально-пасивний тип особистості – веселий і оптимістичний, який чекає від оточуючого світу “материнського” відношення до себе, його психологічна адаптація полягає у невиправданій довірливості, пасивності, незрілості і надмірній залежності (інфантильний тип). Друга частина цієї фази розвитку (орально-агресивна

або орально-садистична) пов'язана з появою зубів, що дозволяє малюку виражати своє незадоволення покусанням материнських грудей. Фіксація в цій частині розвитку може лежати в основі формування орально-агресивного (садистичного) типу особистості, з характерним для нього цинічним відношенням до всього оточуючого і саркастичним “покушуванням” інших. В дорослому віці існує велика кількість проявів оральної поведінки: переїдання, куріння, алкоголізація, або вже згадувані цинізм і сарказм та ін. Збереження певного тяжіння до орального задоволення – нормальне явище, патологічним воно стає у випадку, якщо оральні форми поведінки є домінуючим способом ослаблення напруження.

На відміну від З. Фрейда Е. Еріксон вважав, що розвиток особистості відбувається протягом цілого життя у вигляді восьми стадій психосоціального розвитку. В своїх роботах Е. Еріксон заклав основи Его-психології. Одним із найбільш важливих доповнень Е. Еріксона в теорію З. Фрейда стала заміна назв ранніх стадій розвитку з метою модифікації фрейдівського біологізму.

Перша стадія психосоціального розвитку людини за Е. Еріксоном (перший рік життя) отримала назву малюкової й характеризується формуванням базової довіри або недовіри. В цей час головним для розвитку здорової особистості є переживання дитиною почуття довіри і безпеки, яке визначається якістю материнського догляду за дитиною. Мова не іде про кількість їжі та прояви материнської ніжності, а скоріше про здатність матері передати своїй дитині почуття постійності та надійності. У випадку наявності цих базових переживань соціальний світ сприймається людиною і на наступних етапах її життя, як безпечний і стабільний, і навпаки, за відсутності базової довіри світ буде сприйматись як небезпечний і загрозливий.

Згідно психодинамічних уявлень фіксація на першій стадії розвитку є основою формування психотичного рівня особистісної організації.

В анальній фазі за Фрейдом (1,5 – 3 роки життя) дитина навчається управляти анальним сфінктером і сечовим міхуром і такий контроль стає новим джерелом задоволення. Крім того, діти помічають, що такий контроль дає їм додаткову увагу і заохочення з боку значимих дорослих. З. Фрейд виділив дві можливі батьківські тактики, при подоланні обов'язкової фрустрації, пов'язаної з привчанням дитини до туалету:

Надмірна вимогливість батьків до дитини щодо охайності та надмірна твердість у привчанні до горщика і, як результат – протест дитини проти такої непластичної поведінки і схильність до “затримки” стулу. У випадку фіксації даного поведінкового патерну формується анально-утримуючий тип

особистості з вираженою впертістю, скупістю, методичністю і пунктуальністю; інший віддалений результат анальної фіксації – анально-виштовхуючий тип, як прояв схильності до руйнування, імпульсивності і садизму (символічна агресія проти батьків у вигляді “бажання” вимазати їх фекаліями). В любовних відносинах у зрілому віці такі люди частіше за все сприймають партнерів у першу чергу як об'єкти володіння.

Інша категорія батьків, навпаки, заохочує своїх дітей до регулярного використання туалету і хвалять їх за це. З точки зору Фрейда, подібний підхід, підтримує старання дитини контролювати себе, виховує позитивну самооцінку і навіть може сприяти розвитку творчих здібностей.

Проте надмірне використання позитивного підкріплення (гіперопіка) регулярного спорожнення кишківника, нагородження дитини черезмірною похвалою може лежати в основі надмірного контролю за своєю поведінкою у дорослому віці.

Друга стадія психосоціального розвитку за Е. Еріксоном – раннє дитинство (відповідає анальній фазі розвитку за Фрейдом) – характеризується формуванням на основі переживання базової довіри певної автономії і самоконтролю, а також таких переживань як сором і сумніви. Як і у Фрейда, центральне місце в цей час займає привчання дитини до туалету. Дитина починає відчувати, що батьківський контроль за функціями випорожнення може бути різним: з одного боку він може проявлятися як форма турботи, з іншого – як деструктивна форма силового привчання до чистоти і охайності, що викликає протест і агресію на батьків. З точки зору Е. Еріксона, позитивне вирішення психосоціальної кризи на цій стадії розвитку залежить від здатності батьків дати дітям можливість самостійно здійснювати контроль над своїми діями. Разом з тим автономія не означає абсолютної свободи, скоріше мова йде про те, що батьки повинні утримувати зростаючу здатність дитини робити вибір в рамках певних “ступенів свободи”.

Фіксація на другій стадії розвитку забезпечує формування межового рівня особистісної організації.

Фалічна фаза психосексуального розвитку за Фрейдом (3-6 років життя) пов'язана із фокусуванням лібідо на геніталіях. В цей час відбувається статеві ідентифікація, діти схильні досліджувати свої статеві органи, мастурбувати, проявляти зацікавленість статевими стосунками дорослих. Основним конфліктом цього періоду є комплекс Едіпа (у дівчаток – комплекс Електри). Опис цього комплексу Фрейд запозичив із трагедії Софокла «Цар Едіп», у якій Едіп, цар Фів, ненавмисно вбив свого батька і вступив в кровозмісний зв'язок з матір'ю. Коли Едіп зрозумів, який жахливий гріх він

зробив, він осліпив себе. Фрейд розглядав трагедію як символічний опис найбільшого з людських конфліктів. З його точки зору, цей міф символізує несвідоме бажання дитини оволодіти батьківською фігурою протилежної статі і усунути фігуру однієї з них статі. Більш того, Фрейд знаходив підтвердження комплексу в родинних зв'язках і кланових взаємовідносинах, що мають місце у різних примітивних суспільствах.

У нормі Едіпів комплекс розвивається дещо по – різному в хлопчиків та дівчаток. Розглянемо, як він виявляється в хлопчиків.

Первинним об'єктом любові у хлопчика виступає мати або заміщаюча її фігура. З моменту народження вона є для нього головним джерелом задоволення. Він хоче виражати свої почуття по відношенню до неї точно так само, як це роблять, за його спостереженнями, люди більш старшого віку. Це говорить про те, що хлопчик прагне грати роль свого батька і в той же час він сприймає батька як конкурента. Але хлопчик здогадується про своє більш низьке положення, він розуміє, що батько не має наміру терпіти його романтичні почуття до матері. Боязнь уявного відплати з боку батька Фрейд назвав страхом кастрації і, на його думку, це змушує хлопчика відмовитися від свого прагнення. У віці приблизно між п'ятьма і сім'ю роками Едіпів комплекс розвивається: хлопчик пригнічує (витісняє зі свідомості) свої бажання щодо матері і починає ідентифікувати себе з батьком (переймає його риси). Цей процес виконує декілька функцій: по – перше, хлопчик набуває конгломерат цінностей, моральних норм, установок, моделей статевої поведінки, які визначають для нього, що означає бути чоловіком. По – друге, ідентифікуючись з батьком, хлопчик може утримати матір, як і об'єкт любові, шляхом заміщення, оскільки тепер він володіє тими ж атрибутами, які мати бачить у батька. Ще більш важливим аспектом вирішення Едіпового комплексу є те, що дитина переймає батьківські заборони та основні моральні норми. Це готує підґрунття для розвитку Супер-Его або совісті дитини. Тобто Супер-Его є наслідком вирішення Едіпового комплексу.

Дорослі чоловіки з фіксацією на фалічній стадії поводяться зухвало, вони хвалькуваті і необачні. Фалічні типи прагнуть домагатися успіху (успіх для них символізує перемогу над представником протилежної статі) і постійно намагаються довести свою мужність і статеву зрілість. Вони переконують інших у тому, що вони «справжні чоловіки» (донжуанство).

Прообразом Едіпу комплексу у дівчаток виступає персонаж грецької міфології Електра, яка вмовляє свого брата Ореста вбити їх матір і її коханця і таким чином помститися за смерть батька. Як і у хлопчиків, первинним об'єктом любові у дівчаток є мати. Однак, коли дівчинка вступає в фалічну

стадію, вона усвідомлює, що у неї немає пеніса, що може символізувати відсутність сили. Вона звинувачує матір в тому, що вона народилася «дефектною». У той же час дівчинка прагне володіти своїм батьком, заздрячи, що він має владу і любов матері.

З часом дівчинка позбавляється від комплексу Електри шляхом придушення тяжіння до батька і ідентифікації з матір'ю. Іншими словами, дівчинка, стаючи більш схожою на матір, отримує символічний доступ до батька, збільшуючи, таким чином, шанси коли-небудь вийти заміж за чоловіка, схожого на батька.

У жінок фіксація на фалічній фазі розвитку призводить до схильності фліртувати, зваблювати, вносити елемент еротичності в будь-які стосунки (сексуалізація), в той же час вони здаються наївними та безневинними в сексуальному відношенні.

Невирішені проблеми Едіпового комплексу розцінювалися Фрейдом як основне джерело наступних невротичних моделей поведінки, особливо тих, що мають відношення до імпотенції і фригідності.

Даній фазі розвитку відповідає вік гри у Е. Еріксона, коли сфера соціального функціонування дитини розширюється, формується ініціативність або ж переживання вини (в залежності від ступеня свободи, який має дитина в цей час).

Фіксація на третій стадії розвитку передбачає формування невротичного рівня особистісної організації.

Наступна стадія розвитку за З. Фрейдом – латентний період (5-6 років до початку підліткового віку) – характеризується сексуальним затуханням. Лібідо в цьому періоді сублимується у різні види інтелектуальної і творчої активності, що пояснюється як фізіологічними змінами в організмі в цей час, так і формуванням Его і Супер-его. У віці до 6-7 років у дитини вже сформовані всі ті якості особистості і варіанти відповідних реакцій, якими вона буде користуватися протягом всього свого життя. І протягом латентного періоду відбувається «відточування» і зміцнення його поглядів, переконань, світогляду.

Зрілою за Фрейдом є людина, яка досягла генітальної стадії розвитку (з моменту досягнення статевої зрілості до смерті). Після завершення латентної стадії, яка триває до настання статевої зрілості, починають відновлюватися сексуальні та агресивні спонукання, а разом з ними інтерес до протилежної статі і зростаюче усвідомлення цього інтересу.

Початкова фаза Генітальної стадії характеризується біохімічними і фізіологічними змінами в організмі. Результатом цих змін є характерне для

підлітків посилення збудливості і підвищення сексуальної активності. В цей час відновлюються сексуальні і агресивні потреби.

Відповідно до теорії Фрейда, всі індивідууми проходять у ранньому підлітковому віці через «гомосексуальний» період. Новий вибух сексуальної енергії підлітка спрямований на людину однієї з ним статі (наприклад, на вчителя, однокласника, сусіда). Це явище може носити і не яскраво виражений характер, частіше обмежується тим, що підлітки воліють спілкуватися з однолітками однієї з ними статі. Однак поступово об'єктом енергії лібідо стає партнер протилежної статі, і починається залицяння.

Генітальний тип особистості – це зріла і відповідальна у соціально-сексуальних стосунках людина. Фрейд був переконаний у тому, що ідеальний генітальний тип особистості – це людина, яка здатна відмовитись від пасивності, притаманної дитячому вікові, коли любов, безпека і комфорт легко досягались, нічого не вимагаючи взамін. Зріла людина повинна вміти працювати, відкладати задоволення, проявляти тепло і турботу про інших і брати на себе відповідальність у вирішенні життєвих проблем.

Згідно концепції психосоціального розвитку Е. Еріксона подальший розвиток здійснюється через такі фази: шкільний вік (6-12 років) – формування працездатності або почуття неповноцінності; юність (12-20 років) – формування Его-ідентичності або відсутності інтегрованого Его; рання зрілість (20-25 років) - формування інтимності або ізоляції; середня зрілість (26-64 роки) – формування продуктивності або інертності; пізня зрілість (після 65 років) – досягнення Его-інтеграції або відчаю від даремності прожитого життя.

Таблиця 3.1. Стадії психосексуального розвитку за Фрейдом

Стадія	Тривалість	Опис
1	2	3
Оральна	Від народження до 1 року	Отримання задоволення від оральних дій: в першому півріччі -смоктання, в другому - через кусання і жування. Процес годування задовольняє енергію лібідо немовляти
Анальна	1 - 3 роки	Навички туалету (процес дефекації) - основні засоби задоволення сексуального інстинкту. Фіксація дитиною заборон та вимог дорослих щодо її поведінки
Фалічна	3 - 6 років	Отримання задоволення через стимуляцію

		геніталій. Розвиток сексуальних бажань, спрямованих на одного з батьків протилежної статі. Формування комплексу Електри у дівчаток і Едіпового комплексу у хлопчиків
Латентна	6 - 11 років	Травми фалічної стадії викликають пригнічення сексуальної енергії, яка спрямовується на навчання та рухливі ігри. Інтенсивне засвоєння моральних норм дитиною
Генітальна	11 років і старше	Статеве дозрівання викликає сексуальні потреби, які задовольняються соціально прийнятними шляхами. Здоровий сексуальний інстинкт реалізується у шлюбі та дітонародженні

Таблиця 3.2. Стадії психосоціального розвитку за Еріксоном

Вік людини	Позитивне новоутворення	Негативне новоутворення
Народження - 1 рік	Базова довіра до світу	Недовіра до світу
1-3 роки	Автономія	Сором і сумніви
3-6 років	Ініціативність	Почуття провини
6-12 років	Працелюбність	Почуття неповноцінності
12-20 років	Ідентичність	Змішування (дифузія) ролей
20-40	Близькість	Ізоляція
40-65	Генеративність	Стагнація
Більше 65 років	Цілісність ЕГО	Відчай

Отже, Е.Еріксон розглядав психічний розвиток як динамічний процес, що триває все життя і забезпечує набуття найбільш важливих пристосувань до соціального оточення та змін самої особистості.

Питання до засвоєння теоретичних знань:

1. Перерахуйте стадії психосексуального розвитку особистості, дайте визначення поняттю «психосексуальний розвиток»
2. Які ви знаєте фази психосексуального розвитку за Фрейдом
3. Дайте опис оральної фази розвитку дитини

- 4.Опишіть анальну фазу
- 5.Дайте визначення фалічній фазі
- 6.Що означає генітальна фаза
- 7.Який тип особистості формується у разі фіксаційних ознак оральної фази
- 8.Який тип особистості формується у разі фіксаційних ознак в анальній фазі
- 9.Який тип особистості формується у разі фіксаційних ознак в генітальній фазі
- 10.Який тип особистості формується у разі фіксаційних ознак в фалічній фазі
- 11.Які ви знаєте фази психосоціального розвитку за Еріксоном.Дайте їх опис
- 12.Що означає комплекс Едіпа та Електри
- 13.Поняття «базова довіра», «ідентифікація з об'єктом», «ініціатива та вина»

Джерела інформації:

- 1.Кохут Х. Анализ собственного “Я”. — М.: Наука, 2000.
2. Куттер П. Современный психоанализ. — СПб.: БСК, 1997. 1
3. Мак-Вильямс Н. Психоаналитическая диагностика-М.класс,1998.
- 4.. Томэ Г., Кехеле Х. Современный психоанализ. — М.: Класс, 1999.
5. Фрейд З. Введение в психоанализ: Лекции. — М.: Наука, 1990.
6. Фрейд З. О клиническом психоанализе: Избр. соч. — М.: Медицина, 1991.
7. Фрейд З. Психоанализ, религия, культура. — М.: Ренессанс, 1992.
8. Бреннер Э. Элементарный учебник психоанализа. — СПб.: Наука, 1999.
9. Блюм Геральд. Психоаналитические теории личности. — М.: КСП, 1996.
10. Браун Дэннис, Педдер Джонатан. Введение в психотерапию. Принципы и практика психодинамики. — М.: Класс, 1998.
11. Гринсон Ч. Техника и практика психоанализа. — М.: Класс, 1998.
12. Каплан Г. И., Сэдок Б. Дж. Клиническая психиатрия. — М.: Медицина, 1994.
13. Кейсмент П. Обучаясь у пациента. — Воронеж: НПО “МО- ДЭК”, 1995.
14. Кернберг О. Ф. Тяжелые личностные расстройства: Стратегии психотерапии. — М.: Класс, 2000.

Тема 4 Его-психологія. Поняття про механізми психологічного захисту

Актуальність теми: дана тема дає можливість зрозуміти структуру психіки, дати характеристику основних компонентів психічної діяльності, виявити головні причини розвитку психічних розладів.

Мета заняття: засвоїти поняття первинного і вторинного процесів мислення. Проаналізувати співвідношення між “Ід”, “Его” та “Супер-Его”, встановити можливі інтрапсихічні конфлікти і місце тривоги, її види. Провести класифікацію особистостей відповідно до характерних для них способів опановувати тривогу. Охарактеризувати форми психологічної адаптації (психічні захисти), зробити їх поділ на примітивні та зрілі.

Блок провідних теоретичних знань

Его (Я) - це компонент психічного апарата, відповідальний за прийняття рішень, це частина людської особистості, яка усвідомлюється як "Я" і знаходиться в контакт з навколишнім світом за допомогою сприйняття. Его здійснює планування, оцінку, запам'ятовування та іншими шляхами реагує на вплив фізичного і соціального оточення. З метою перетворення і реалізації потреб у соціально прийнятному контексті, Его черпає з Ід частину енергії, забезпечуючи безпеку і самозбереження організму. Воно використовує стратегії осмислення і сприйняття у своєму прагненні задовольняти бажання і потреби «Воно». Его у своїх проявах керується принципом реальності, мета якого - збереження цілісності організму шляхом відтермінування задоволення до виникнення можливості його розрядки або відповідних умов зовнішнього середовища. Его було названо Фрейдом вторинним процесом. Звільнення деякої кількості енергії Его для вирішення проблем на вищому рівні психіки є однією з основних цілей психоаналітичної терапії.

Его є поряд з Ід (Воно) і Супер-Его (Над-Я), однієї з трьох психологічних сутностей, запропонованих Зигмундом Фрейдом для опису динаміки людської психіки. Его, по Фрейду, здійснює виконавчі функції, будучи посередником між зовнішнім і внутрішнім світом, як і між Ід і Супер-Его. Воно забезпечує безперервність, але послідовність поведінки, реалізуючи особисту точку відліку, завдяки чому події минулого (зберігаються в пам'яті) співвідносяться з подіями сьогодення і майбутнього (представленими передбаченням і уявою). Его не збігається ні з психікою, ні

з тілом, хоча тілесні відчуття формують ядро раннього досвіду індивіда. Его, досягнувши розвитку, здатне змінюватися протягом усього життя, особливо під впливом погрози, хвороби і змін умов існування.

У міру розвитку індивіда відбувається диференціація Его і розвиток Супер-Его. Супер-Его включає заборони і контроль інстинктивних імпульсів через прийняття батьківських і соціальних стандартів. І, таким чином, виникає моральний конфлікт, необхідний для росту і дорослішання особистості. Его відіграє роль посередника між Супер-Его та Ід шляхом створення захисних механізмів.

Прогрес від негайної реакції до контрольованої поведінки, від логічного до раціонального мислення відбувається повільно і здійснюється у вигляді багатьох послідовних стадій протягом дитинства. Навіть досягнувши фізичної зрілості, люди істотно різняться між собою у формах і ефективності діяльності Его. Це важлива якість була названо Фрейдом "силою Его". Людині з "сильним Его" властиві такі характеристики: він об'єктивний у своїх оцінках навколишнього світу і себе; його діяльність організована на протязі більш тривалого часу, так що можливе планування та розпорядок; він здатний виконати ухвалені рішення і, не вагаючись, вибрати з наявних альтернатив бо він не підкоряється сліпо своїм устремлінням і може направляти їх в суспільно корисне русло; він здатний протистояти безпосередньому тиску з боку фізичного і соціального оточення, обдумуючи і вибираючи власний курс. З іншого боку, індивід зі "слабким Его" більш схожий з дитиною: його поведінка імпульсивна і визначається моментом; сприйняття дійсності і себе спотворено; він досягає меншого успіху в продуктивній роботі, оскільки його енергія витрачається на захист спотворених і нереалістичних уявлень про себе; він може страждати від невротичних симптомів.

Его - психологія - напрям психоаналізу, який на відміну від класичного психоаналізу, що розглядає інстинкти, потяги як домінуючу частину особистості, вважає, що її Его грає більш важливу та самостійну роль, ніж вважав З. Фрейд. Крім боротьби з потягами Его регулює взаємини особистості з середовищем, виступаючи як відносно автономне утворення, що має власні структурні характеристики та власну систему захисних механізмів. При цьому функції Его прямо не залежать від потягів. Ключове для психоаналізу поняття "конфлікт" в Его-психології замінюється поняттям "діалог" індивіда із середовищем, який передбачає початкову автономію Его. Середина або соціум розглядаються в Его-психології спрощено, лише як найближче оточення індивіда, а сам процес розвитку Его зводиться до адаптації. Висуваючи на перший план Его, представники Его-психології

приділяють значну вагу процесам адаптації особистості в навколишньому світі, питанням свободи, автономії особистості та особливостей особистісної роботи. Основні представники цього напрямку: Анна Фрейд, Х. Гартман, Р. Спітц, Маргарет Малер, Е. Глоувер і Ерік Еріксон.

Основні ідеї Его-психології розроблялися на підставі даних дитячого психоаналізу. Спочатку утворилися два напрями его-психології: А. Фрейд вивчала захисні механізми Я (Его), а Е. Гартман робив наголос на вторинні аспекти Я - раціональне мислення, раціональну дію тощо. Однак, загальним було уявлення про Я, як про головну формувальну силу особистості, що не залежить від Воно (як вважав Фрейд), відповідального за ідентичність особистості. Багато нового вніс у Его-психологію учень А. Фрейда - Ерік Еріксон, що плідно вивчав питання розвитку особистості, виділивши вікові стадії розвитку особистості, які перемежуються кризами. Важливим поштовхом у розвитку теорії та практики психодинамічної терапії стала поява в 1936 р роботи дочки Фрейда, представниці континентальної школи психоаналізу, Анни Фрейд «Его і механізми захисту», а в 1939 р - книги Хайнца Хартмана «Психологія Его і проблема адаптації».

У своїй роботі Анна Фрейд розглядала роль захисних механізмів в умовах нормального психічного функціонування особистості. Вона розширила поняття захисту, включивши в нього як захист проти небезпек, що загрожують з боку зовнішнього світу, так і проти загроз, пов'язаних з внутрішніми інстинктивними імпульсами.

Хартман приділяв особливу увагу вродженому розвитку того, що він називав сферою Его, вільної від конфліктів. На противагу Фрейд, якого цікавили насамперед клінічні дані індивіда і можливості розвитку у нього специфічних навичок і здібностей, що допомагають впоратися з конфліктною ситуацією, Хартман дотримувався точки зору про те, що існує безліч сторін нормально функціонуючої психіки, які слідує автономному курсу розвитку і не є результатом інтрапсихічного конфлікту.

Надалі Его-психологія як напрямок стала відображати погляди тих психоаналітиків, які зосередили свою увагу на процесах нормального і патологічного функціонування Его.

Грунтуючись на структурній моделі, представники Его-психології запропонували нові шляхи в розумінні деяких типів патології. На їхню думку, кожен індивід розвиває захисні реакції Его, які могли бути адаптивними в дитинстві, в родині, але можуть виявитися неадаптивними у позасімейній реальності.

Важливим нововведенням, як для терапії, так і для психодинамічної діагностики стало уявлення про те, що Его володіє широким діапазоном дій - від глибоко несвідомих (наприклад, примітивні емоційні реакції на події, що блокуються таким потужним захистом, як заперечення) до повністю усвідомлюваних. В рамках цього уявлення склалася робоча модель, згідно з якою протягом процесу психоаналітичної терапії «спостерігає Его» - свідомі і раціональні частини психіки, здатні коментувати емоційний стан, формують терапевтичний альянс з психоаналітиком з метою розуміння разом з ним за все Его, в той час як «переживає Его» вміщує в себе більш внутрішній (чуттєвий) сенс того, що відбувається в терапевтичних взаєминах.

«Терапевтичне розщеплення Его» стало розглядатися як необхідна умова ефективної аналітичної терапії. У разі, якщо пацієнт виявлявся не здатний говорити з позиції спостерігача при менш раціональних, більш глибоких емоційних реакціях, першим завданням стала допомога в розвитку цих здібностей. Присутність або відсутність Его стало прогностичним критерієм першорядної важливості, оскільки дистонія симптому або проблеми робило процес психотерапії набагато більш швидким і ефективним, ніж синтонність проблем. Сприйняття їх пацієнтом як цілком органічних і в зв'язку з цим не заслуговують на увагу. Це відкриття привело до появи таких термінів, як «Его-дистонія» або «Его-синтонність» особистісний стиль.

Крім того, облік важливої ролі Его в сприйнятті і адаптації до реальності дозволив ввести таке поняття, як «сила Его». Під ним мається на увазі здатність особистості до сприйняття реальності, навіть коли вона надзвичайно неприємна, без використання більш ранніх (примітивних) психологічних захистів (наприклад, заперечення). У зв'язку з цим у міру розвитку психодинамічної практики стали проводитися відмінності між архаїчними і зрілими психологічними захистами. Під першими стали розуміти психологічне уникнення, або радикальне відкидання турбуючих життєвих фактів, а під другими - включення в себе більшої пристосованості до реальності.

Его-психологи також припустили, що для психологічного здоров'я необхідні не тільки зрілі захисні реакції, але і здатність використовувати різноманітні захисні процеси. Іншими словами, стало очевидно, що людина, яка відповідає на будь-який стрес звичним для нього чином (скажімо, проекцією), не настільки психологічно благополучна, як людина, що користується різними способами в залежності від обставин. У зв'язку з цим в роботах цього періоду стали використовуватися і розвиватися такі ідеї, як «ригідність» особистості або «панцир характеру».

Застосування понять «синтонність» і «дистонія» до Супер-Его має також немало важливе діагностичне значення. Так, наприклад, пацієнт, який заявляє, що він поганий, оскільки у нього виникають негативні думки і почуття по відношенню до власних батьків, в клінічному плані відрізняється від пацієнта, який стверджує, що «частина його» відчуває, що він поганий, коли у нього виникають подібні думки. Обох пацієнтів слід розглядати як депресивні особистості, схильні до самозвинувачення, але проблема першого пацієнта набагато глибше, ніж другого.

Крім цього розвиток концепції Супер-Его в рамках Его-психології призвело до того, що психотерапевти перестали розглядати мету психодинамічної терапії виключно як спробу зробити несвідоме - свідомим. В рамках Его-психології завдання психотерапії включає в себе зміну занадто жорсткого Супер-Его пацієнта на більш адекватне.

Ще одним досягненням Его-психології стала спроба розуміння проблем пацієнта на підставі не тільки теорії фіксації на певній фазі розвитку, а й відповідно до характерних для нього способів справлятися з тривогою.

Поняття психологічного захисту. Механізми психологічного захисту.

Стратегічним “завданням” будь-якої біологічної системи є підтримка стану динамічної рівноваги (гомеостазу). Остання досягається завдяки функціонуванню механізмів адаптації, які можуть здійснюватися на біологічному, а у складних системах з високо розвинутою психікою – і на психологічному рівнях. В психодинамічній традиції останні називають “психологічними захистами”, хоча в багатьох випадках вони виконують власне адаптивні, а не захисні у вузькому розумінні функції.

Его-психологи виділяють функцію захистів як спосіб боротьби з тривогою, теоретики об’єктних стосунків вказують на те, що захисти можуть бути і способом боротьби із страхом, селф-психологи розглядають роль захистів як спосіб підтримання цілісного несуперечливого відчуття власного “Я”. Можна сказати, що особистість, яка вдається до захисних механізмів, несвідомо прагне наступного: 1) уникнути або оволодіти деяким сильним загрозливим переживанням – тривогою, страхом, горем чи іншим дезорганізуючим почуттям; 2) зберегти самоповагу. З іншого боку захисні механізми проявляються як здорова творча адаптація, і тоді термін “захисти” є не зовсім вдалим.

Існує думка що кожній людині притаманний певний індивідуальний набір захистів, який є наслідком вродженого темпераменту, пережитих стресів, навчання батьків та ефекту підкріплення. Хоч нема доказів того, що

захисти з'являються почергово, більшість спеціалістів сходяться на тому, що деякі захисти є примітивнішими за інші (поділ захистів на зрілі і незрілі очевидно відображає розвиток психіки від простих до більш складних форм адаптації).

Зазвичай до захистів, які вважаються первинними, або незрілими, відносять ті, що мають справу з розмежуванням власного "Я" і оточуючого середовища і викликані страхом злиття з об'єктом, тоді як зрілі захисти працюють з розмежуванням Его, Супер-Его і Ід, з межами свідомого, передсвідомого і безсвідомого, а також з внутрішніми межами спостерігаючого і переживаючого Его. Примітивні захисти діють загальним, недиференційованим способом у цілому сенсорному просторі індивіда, тоді як більш розвинуті захисти здійснюють певні трансформації чогось одного – думок, почуттів, відчуттів чи деякої їх комбінації.

Щоб бути кваліфікованим як примітивний, захист повинен мати дві якості, пов'язані з довербальними стадіями розвитку: недостатній зв'язок з принципом реальності і недостатнє відчуття відокремленості і константності об'єктів, що знаходяться поза межами власного "Я". Наприклад, заперечення вважається більш примітивним процесом, ніж витіснення: для витіснення будь-чогось воно має бути насамперед пізнаним будь-яким шляхом, а вже потім - витісненим. Заперечення ж - це миттєвий, позараціональний процес – "цього не було".

Також слід сказати, що деякі захисти мають як примітивну, так і більш зрілу форми. Наприклад, ідеалізація може являти собою як повну ідеалізацію, що немає нічого спільного з реальними якостями об'єкту, так і відчуттям вищості іншого із збереженням відчуття його меж.

Примітивні захисти насправді є способами, за допомогою яких дитина пізнає світ. Є достатньо достовірним те, що ці способи присутні в кожному з нас, незалежно від того, чи наявною є патологія, оскільки довербальні процеси, а також процеси, які передують принципу реальності і постійності об'єктів є основою, на якій формується психіка. Проблеми виникають лише тоді, коли є недостатньо більш зрілих психічних навичок, або коли примітивні захисти вперто застосовуються, виключаючи можливість більш зрілих способів адаптації. В такому контексті можна розглядати психотичні і близькі до психотичних декомпенсації як наслідок недостатності захистів.

Всі ми заперечуємо, всі ми розщеплюємо і всі ми маємо прагнення до всемогутності, але більшість з нас доповнює ці реакції більш складними способами переробки тривоги і прийняття складної і лякаючої нас реальності. Психотична чи межова особистісна структура визначається не наявністю примітивних захистів, а відсутністю зрілих.

До примітивних захистів можна віднести ізоляцію, заперечення, всемогутній контроль, примітивну ідеалізацію та знецінення, проекцію, інтродекцію, проективну ідентифікацію, розщеплення.

Ізоляція (аутистичне фантазування, втеча у фантазії) являє собою відмежованість (ізоляцію) від соціальних та міжособистісних ситуацій зі заміною напруження, яке виникає від взаємодії з іншими людьми, стимуляцією власних фантазій. Найбільш раннім прикладом ізоляції є засинання дитини при перезбудженні.

У конституційно вразливих людей нерідко розвивається багатий внутрішній світ фантазій, тоді як оточення вони сприймають сірим, проблематичним і емоційно бідним. Яскравим недоліком захисту ізоляцією є неможливість вирішення міжособистісних конфліктів, оскільки людина виключається із активного життя.

Схильність до використання хімічних речовин для зміни стану свідомості також можна розглядати, як різновид примітивної ізоляції.

Розщеплення найяскравіше проявляється тоді, коли всі зовнішні об'єкти поділяються на "абсолютно добрі" і "абсолютно погані", причому можливі несподівані переходи від однієї крайності до іншої, що супроводжується різкими змінами Я-концепції. Витоки розщеплення знаходяться в довербальному періоді, коли малюк не усвідомлює того, що люди, які ним опікуються, мають як хороші риси, так і погані. Механізм розщеплення може бути дуже ефективним у боротьбі з тривогою та для підтримання власної самооцінки, але розщеплення супроводжується викривленим сприйняттям реальності і заперечує необхідну для нормальної амбівалентність.

Заперечення як захист передбачає боротьбу з реальними неприємностями шляхом заперечення їх існування – "якщо я цього не визнаю, значить цього немає". Заперечення може поширюватись як на реальні події (вперте нехтування очевидною небезпекою, хворобою, відкидання конструктивної критики), так і на власні почуття і переживання: людина знає, що її почуття є абсолютно протилежними тим, ніж вона мала б переживати, але це не викликає ніякого дискомфорту. Запереченням є також відкидання тривоги в момент необхідності відреагування чи конфлікту.

Кожній людині властиве заперечення в "окремих ділянках реальності", тому про примітивність заперечення ми говоримо при тотальності і всеохоплюваності його.

Всемогутній контроль, примітивне знецінення та ідеалізація є захистами, направленими на "Я-" і "об'єкт-репрезентації". Ці захисти є взаємопов'язані, оскільки проявляються в різних станах "Я". Так,

всемогутній контроль проявляється як переживання власної всемогутності, помпезності з відчуттям можливості контролювання всього навкруги. Витоки цього захисту знаходяться в періоді “первинного нарцисизму”, коли дитина сприймає власне “Я” і оточуючий світ як одне ціле. Примітивна ідеалізація створює абсолютно відірвані від реальності образи доброти і всемогутності і нагадує віру дитини у всесильність своїх батьків, а внаслідок ідентифікації з ними – і у власну всесильність. Примітивне знецінення часто є доповненням до всемогутності чи ідеалізації – один об’єкт чи власне “Я” сприймається грандіозним, а інший - нікчемним і меншовартісним.

Ці три захисти неможливі без розщеплення та заперечення і часто розглядаються як їх похідні.

Проекція, інтродекція і проєктивна ідентифікація – захисти, які є проявом недостатності розмежування між власним “Я” і оточенням.

Проекція – процес, при якому внутрішні загрозові імпульси сприймаються як зовнішні, тобто приписуються зовнішнім об’єктам. З одного боку, проекція є руйнівним процесом, оскільки виключає взаєморозуміння, а з іншого - більш організовані форми проєкції є основою для емпатії та співчуття.

Інтродекція – процес, при якому зовнішнє помилково сприймається як внутрішнє. Як правило, інтродекція лежить в основі ідентифікації із значимим іншим, що у дітей означає - “значимий дорослий”.

Проективна ідентифікація – має декілька особливостей: (1) спроектований на іншу людину імпульс продовжує переживатись; (2) страх перед тим, на кого був спроектований імпульс; (3) необхідність контролювати іншу людину. Проективна ідентифікація, таким чином, передбачає як інтрапсихічний, так і міжособистісний аспекти поведінки – людина може звинувачувати іншу, зокрема терапевта, в тих реакціях, які сама намагається викликати своєю поведінкою. Інтерпретація проєктивної ідентифікації часто допомагає віддиференціювати межову особистість від психотичної, параноїдну особистість - від параноїдної шизофренії.

Ще одним захистом, який можна розцінити як примітивний, оскільки охоплюється вся особистість, є дисоціація. Дисоціація є феноменом не подібним на вищеописані і важко піддається поясненню. Існує багато запитань, які стосуються дисоціації – чи всі люди схильні до дисоціації, чи завжди при дисоціації є в анамнезі травма, чи можна називати дисоціацією феномени, які ми спостерігаємо за собою щодня (“чи вимкнув я праску?”, “чи зачинив я двері?”). Дисоціація являє собою виключення з пам’яті і самоспостереження частини “Я”, а також супровідних подій, що проявляється “переключенням” з одного стану в інший.

Для вибору зрілих захистів враховуються їх відповідність індивідуальним патернам характеру, а також частота, з якою вони спостерігаються в житті особистості невротичного рівня організації.

Репресія (витіснення) – несвідоме мотивоване забування події, почуття чи бажання, що спричиняють неспокій чи тривогу. Згідно первинної теорії драйвів (потягів) витіснення являє собою усунення із свідомості травматичних ситуацій чи бажань, які є нормальними з точки зору розвитку, але сприймаються як загрозливі, і “утримання їх на дистанції” від свідомого. Для того щоб людина почала стримувати такі загрозливі імпульси репресією, необхідно, щоб вона досягнула безперервності і цілісності в переживанні власного “Я”.

Спочатку вважалось, що репресія, як і інші несвідомі захисти, є причиною тривоги, проте пізніше вже навіть Фрейд говорив про те, що репресія є швидше не причиною, а наслідком тривоги – ірраціональний страх спонукає забути.

Репресія, як і інші високоадаптивні захисти, здебільшого стає проблемою тоді, коли не справляються із своєю функцією, або виключає можливість застосування інших, більш вдалих механізмів.

Регресія – поворот до знайомого способу реагування при досягненні вже більш зрілого рівня компетентності. Дитина, навчившись ходити і задекларувавши свою незалежність від матері, повертається до неї і ховається в неї на колінах. Дорослі люди несвідомо повертаються до більш ранніх способів реагування при стресових чи травматичних ситуаціях, а також при загрозі власній самооцінці.

Ізоляція афекту – утримання афекту “на відстані” від подій. Хірург не зміг би працювати, якщо б був постійно налаштований на співчуття до фізичної болі пацієнтів. Часто ми пам’ятаємо події, що є важкі для нас, але вже не супроводжуються яскраво вираженим болем, так що ми можемо говорити про них холодно і відчужено.

Інтелектуалізація, моралізація, раціоналізація – передбачають знаходження пояснення подіям, зовнішнім чи внутрішнім, шляхом ізоляції афекту від інтелекту, співставлення з моральними нормами, знаходження “розумного пояснення”. “Так я дещо розгніваний, але хіба це не природно в даній ситуації?!”, “Я, звичайно, не можу собі дозволити купити цю машину, але хіба вона мені так вже й потрібна...”, “Я змушений був повестись в цій ситуації саме так – такий вже мій обов’язок...” – яскраві приклади проявів цих захистів, які є високоорганізованими, оскільки вимагають усвідомлення події та переробки її в свідомості, іншими словами, обмірковування, хоча і часто передбачають приховування чи навіть заперечення бурхливих емоцій.

Анулювання – спроба врівноважити деякий неприємний афект шляхом спокутування провини (чоловік, посварившись з дружиною, через годину приносить їй букет квітів; людина, з чиєї вини сталася аварія, дає гроші потерпілим). Анулювання є прямим нащадком всемогутнього контролю і часто є основним шляхом підтримання самооцінки, оскільки несе в собі фантазію про те що “мені все буде пробачене...”, “я все легко можу виправити”.

Зміщення – передбачає переспрямування афекту з одного об’єкту на інший, менш загрозливий (чоловік, якого принизив начальник, прийшовши додому, нагрімав на дітей.).

Сублімація – трансформація загрозливого імпульсу в соціально прийнятну форму. Сублімація розряджає імпульс, а не витрачає енергію на його утримання, і сприяє креативній поведінці.

Список психологічних захистів, які використовує людина, ніколи не може бути вичерпним. Так, поряд з вищеописаними, існують такі важливі захисти, як сексуалізація, відреагування назовні, реверсія, обернення проти себе, ідентифікація, реактивне утворення та інші.

Питання до контролю засвоєння теоретичних знань:

- 1.Его-психологія, історія розвитку
- 2.Поняття Супер-Его
- 3.Поняття Его та Ід
- 4.Поняття Его-синтонність та Его-дистонність
- 5.Функціонування Его в реальності
- 6.Поняття про психічний захист
- 7.Основні захисні процеси в психоаналітичній теорії
- 8.Процес витіснення та заміщення
- 9.Заперечення,раціоналізація
- 10.Ізоляція,ідентифікація,проекція

Джерела інформації:

- 1.Кохут Х. Анализ собственного “Я”. — М.: Наука, 2000.
2. Куттер П. Современный психоанализ. — СПб.: БСК, 1997. 1
3. Мак-Вильямс Н. Психоаналитическая диагностика-М.класс,1998.
4. Томэ Г., Кехеле Х. Современный психоанализ. — М.: Класс, 1999.
5. Фрейд З. Введение в психоанализ: Лекции. — М.: Наука, 1990.
6. Фрейд З. О клиническом психоанализе: Избр. соч. — М.: Медицина, 1991.
7. Фрейд З. Психоанализ, религия, культура. — М.: Ренессанс, 1992.

8. Бреннер Э. Элементарный учебник психоанализа. — СПб.: Наука, 1999.
9. Блюм Геральд. Психоаналитические теории личности. — М.: КСП, 1996.
10. Браун Дэннис, Педдер Джонатан. Введение в психотерапию. Принципы и практика психодинамики. — М.: Класс, 1998.
11. Гринсон Ч. Техника и практика психоанализа. — М.: Класс, 1998.
12. Каплан Г. И., Сэдок Б. Дж. Клиническая психиатрия. — М.: Медицина, 1994.
13. Кейсмент П. Обучаясь у пациента. — Воронеж: НПО “МОДЭК”, 1995.

Тема 5 Селф-психологія, теорія нарцисизму

Актуальність теми: Актуальність теми обумовлена тим, що розвиток в питаннях психоаналітичних доктрин справив значний вплив на психологічну науку і став однією з провідних ідейних, теоретичних і методологічних основ в психології та психотерапії сучасного періоду.

Мета заняття: Засвоїти поняття первинного (нормального) і вторинного (патологічного) нарцисизму. Проаналізувати розвиток самості (селф). Оцінити самоповагу через зовнішні та внутрішні чинники. Охарактеризувати основні дефекти селф, способи їх виявлення під час психоаналізу, встановити способи їх компенсації.

Блок провідних теоретичних знань:

Нарцисизм – це термін, що позначає любов до власного образу, до самого себе, хвороблива самозакоханість. Термін «нарцисизм» походить від класичного грецького міфу про Нарциса, хлопця, який закохався в своє відображення у воді. Його доля склалася так, що він згас від незадоволеного бажання і перетворився в квітку нарциса. Перша посилання на цей міф в психологічній літературі з'явилася у Хейвлока Елліса (Ellis, 1898), який описав «аутоеротичну», практику одного молодого чоловіка.

В подальшому З. Фрейд включив термін «нарцистичний» в своє раннє теоретичне есе з психосексуального розвитку, а пізніше розвинув ідеї про нарцисизм як особливий психологічний процес. (Freud, 1914/1957). Він трактував нарцисизм як стадію нормального розвитку, яка слідує за аутоеротичною стадією і, зрештою, переростає в об'єктну любов. Непостійні, ненадійні опікуни в ранньому віці або батьки, які дуже цінують свою дитину, розглядалися як головна перешкода для розвитку об'єктної любові, вони стають причиною фіксації на нарцистичній стадії розвитку. Нарцистичні особистості нездатні формувати тривалуприхильність із-за фіксації на стадії захопленості собою. Фрейд стверджував, що первинний нарцисизм є природним і необхідним інвестуванням своєї сексуальної енергії в себе, в той час як вторинний нарцисизм є захисною реакцією для зняття свого сексуального інтересу з інших людей та фокусуванні його виключно на собі.

У ранньому дитинстві первинний нарцисизм, як вроджена любов до себе, є нормою. Дитина сприймає себе і маму як одне ціле і нарцистично звертає материнську любов на себе. При нормальному розвитку дитини первинний нарцисизм по мірі дорослішання трансформується в об'єктну

любов. Здорове почуття любові до себе є запорукою успіху в житті, однак, дитяча нарцисична травма призводить до порушення нормального формування самооцінки і сприяє розвитку розладів особистості. Нездатність батьків безумовно любити свою дитину, виділяти його з натовпу, виявляти особливе ставлення до нього призводить до того, що первинний нарцисизм трансформується в підвищене почуття самонеприйняття і сорому. Така людина згодом буде намагатися доводити світові свою надзвичайність, щоб захистити себе від неприємних почуттів та емоцій. Якщо розпестити дитину понад міру, то первинний нарцисизм не трансформується в любов до інших людей, а набирає гіпертрофовану регресивну форму, залишається необґрунтоване почуття всемогутності при відсутності реальних навичок. Глибинне відчуття неповноцінності при цьому призведе до формування розладу особистості.

Надалі психоаналітичні теоретики зосередилися на міжособистісних аспектах нарцисизму, і стало з'являтися поняття «нарцисична особистість». Ахтар і Томсон (Akhtar & Thomson, 1982) вказують на розбіжності щодо того, чи є нарцисизм компонентом неврозу, психозу або розладу характеру. У дослідженнях нинішнього покоління теоретиків об'єктних відносин нарцисизм розглядається як розлад особистості або характеру. Серед них виділяються роботи Кернберга (Kernberg, 1967, 1970) і Кохута (Kohut, 1966, 1971).

Сьогодні в психології нарцисичний розлад особистості є психічним захворюванням, що характеризується відсутністю співчуття, готовністю використовувати інших та завищеним почуттям власної важливості. Відмінною особливістю нарцисичного розладу особистості є тотальний патерн грандіозності, потреби в захопленні і відсутність емпатії, який розвивається в ранньому зрілому віці і проявляється в різних контекстах.

Нарцисичний розлад особистості є однією з груп станів, які називаються драматичні розлади особистості. Люди з цими розладами мають інтенсивні, нестабільні емоції та спотворене самосприйняття. Синдром нарцисизму характеризується як аномальна любов до самого себе, перебільшене почуття переваги та важливості, надмірна заклопотаність успіхом і владою. Однак, ці відносини і моделі поведінки не відображають справжньої впевненості в собі. Замість цього, ці відносини приховують глибоке відчуття незахищеності та безпорадності й тендітну самооцінку.

У багатьох випадках люди з синдромом нарцисизму: егоцентричні і хвалькуваті, жадають постійної уваги і обожнювання, вважають себе кращими, ніж інші, перебільшують свої таланти і досягнення, вважають, що вони заслуговують на особливе ставлення, легкоранимі, але можуть не

показувати цього, ставлять нереалістичні цілі, можуть використовувати інших для досягнення своїх цілей.

Крім того синдром нарцисизму включає наступне:

Зосередженість на фантазіях, які фокусуються на власних необмежених успіху, владі, розумі, красі чи любові;

Нарциси вірять, що вони є «особливими» та «унікальними», і зрозуміти їх можуть тільки особливі люди;

Для нарцистичних особистостей притаманне очікування того, що інші автоматично будуть погоджуватися з тим, чого хочуть вони;

Заздрість по відношенню до інших людей та впевненість в тому, що інші їм заздять;

Неможливість відчувати та зрозуміти почуття, потреби і точки зору інших людей;

Гіперчутливість до образів (реальних або уявних), критики чи поразок, з невмотивованими реакціями люті, сорому і приниження.

Точна причина синдрому нарцисизму невідома. Проте, багато фахівців в області психічного здоров'я вважають, що він стає результатом крайнощів в вихованні дитини. Наприклад, цей розлад може виникнути в результаті надмірного розбещування дитини, або коли у батьків є потреба в тому, щоб їхні діти були талановитими або особливими з метою підтримки власної самооцінки. В цьому випадку оточення дитини дає йому зрозуміти, що він важливий не сам по собі, а із-за виконання певної функції, або вимагає, щоб він був іншим, ніж є в реальності, при цьому справжні почуття і бажання дитини придушуються їм із-за страху неприйняття. Така дитина отримує метапослання: «Будь тим, ким я хочу тебе бачити, і я буду тебе любити». Внаслідок цього розвивається фальшиве компенсаторне «Я» зусиль. Важливо відзначити, що у відношенні батьків до дітей присутні як бажання реалізувати власний нарцисичний проект, так і любов, розуміння, емпатію. У разі переважання нарцисичного компонента головним завданням дитини стає виконання певних функцій та відповідність очікуванням батьків. В анамнезі у нарцистичної особистості часто можна виявити ранні порушення близьких стосунків зі значущими дорослими (наприклад, емоційне неприйняття, холодність). Особи, які мають серйозні нарцистичні порушення, що не отримували достатньої батьківської турботи в ті періоди, коли вони потребували підтримки і догляду.

З іншого боку, синдром нарцисизму може виникати в результаті ігнорування або насильства і травми, нанесених батьками або іншими авторитетними особами в дитячому віці.

Проте слід відрізнити ситуації розвитку вторинного нарцистичного розладу, що виникає в результаті нарцистичної травми – ситуацій, в яких особа відчуває неприйняття власного істинного «Я», особливо в умовах складної життєвої ситуації, а також у тих випадках, коли особа змушена протистояти життєвим обставинам, які ведуть до руйнування ідентичності і втрати самоповаги.

Селф-психологія

Специфічний тип об'єктних відносин, що безпосередньо впливають на формування Я, виокремив і описав американський психотерапевт Хайнц Кохут (1913- 1970). Запозичивши з кляйніанства деякі ідеї, він запропонував оригінальну теорію розвитку відносин, сконцентрувавши увагу на об'єктній природі генезу Я (ЕГО). Його міркування щодо розладів самості, як причини психічних захворювань та порушень характеру здобули широке визнання в психотерапії і психіатрії.

Самість (self) - природна, справжня суть конкретного індивіда. Вона потребує зовнішніх об'єктів, за допомогою яких розвивається і переживає свою цілісність. Селфоб'єкти - особи з найближчого оточення дитини (мати і батько), які задовольняють її потребу в особистісному зростанні. Таких потреб, на думку Х. Кохута, три: грандіозно-ексгібіційна (бажання немовляти відчувати свою велич і досконалість, потреба в тому, щоб батьки захоплювались ним, наголошуючи, що воно найкраще, найрозумніше, найкрасивіше тощо), потреба в ідеальному імаго (батьківському образі) і потреба в альтер-Его (бути схожим на інших).

Х. Кохут дійшов висновку, що розвиток об'єктних відносин людини і розвиток її сутнісного ядра (селф) збігаються лише частково і можуть конкурувати. Використовуючи уявлення Фрейду про обмежену кількість енергії лібідо в окремого індивіда, можна сказати: чим більше енергії витрачається на об'єктні відносини, тим менше її залишається у нарцистичних станах і переживаннях. Зріла здорова особа перебуває рідше в об'єктній залежності, ніж у стані нарцисизму, хоч він і необхідний для розвитку Самості.

Нарцисизм, за Х. Кохутом, - природний і нормальний процес, за допомогою якого лібідо "вкладається" в розвиток Самості. Ця частина психічної енергії, названа нарцистичним лібідо, використовується для особистісного зростання і взаємодії з близькими, що задовольняють селф-потреби. Розвиток Самості багато в чому зумовлений інтерналізацією (засвоєнням) стосунків із людьми, які забезпечують любов, підтримку, схвалення, позитивну самооцінку.

У ранньому дитинстві нормальний розвиток можуть забезпечити лише добрі селф-об'єкти, тобто батьки, які задовольняють потреби особистісного зростання. Такі об'єкти називають інфантильними, архаїчними, наголошуючи на примітивному характері об'єктних відносин немовляти. Фрустрація всіх базових селф-потреб призводить до тяжких розладів особистості, та якщо хоча б одну з них задовольняти достатньою мірою, існує можливість компенсації.

Залежність від людей, яких суб'єкт сприймає як ідеальних, або від тих, хто сприймає його як ідеального, проявляється в будь-якому віці. Певною мірою це властиво всім, проте в осіб із розладами Самості ця залежність стає невідомою потребою. Такі люди ніколи не задоволені своїми стосунками - їм завжди бракує любові, ніжності, пошани, захоплення і близькості. У психотерапії це проявляється ускладненнями трансферентних стосунків, страхом перед закінченням аналізу тощо.

Надалі прихильники селф-теорії конкретизували природу Самості, визначивши її не тільки як динамічну структуру психічних властивостей, а і як стійку конфігурацію об'єктних відносин та пов'язаних із ними потреб. У цьому контексті Х. Кохут стверджував про біполярну природу Самості, яка розвивається між полюсом потреб і ваблень та полюсом ідеалів і норм. Первинні очікування і настанови батьків формують віртуальну Самість - ідеальний образ майбутнього Я дитини. На другому році життя як стійка організація психічних структур виникає ядро Самість, на основі якої розвивається впорядкована Самість дорослої людини. Іноді виявляє себе і "грандіозна Самість" - нормальне селф-переживання немовляти, у структурі якого переважають відчуття безтурботності і всемогутності. Подальший розвиток може мати певні відхилення, які Х. Кохут класифікував відповідно до потреб психотерапії на такі види:

1. Архаїчна Самість - прояви грандіозного дитячого Я у дорослих людей. Таким клієнтам і в зрілі роки властиві дитячий егоцентризм, невміння розуміти чужі відчуття і переживання, примітивно-егоїстичні, споживацькі форми взаємодії з людьми. При цьому самі вони скаржаться на холодність і байдужість, вимагають посиленої уваги і турботи.

Іноді від людей з архаїчною Самістю можна почути оригінальні пояснення власної поведінки. Один із клієнтів психотерапевта раціоналізував причини власних невдач у спілкуванні так: "Ну звичайно, я дуже егоїстичний у стосунках з оточенням. Однак мені зараз у житті дуже погано, навалилися всілякі неприємності. Тому я не можу думати про людей, я думаю тільки про себе. Коли ситуація зміниться, я спілкуватимуся з колегами і близькими інакше, а зараз егоїзм для мене - життєва необхідність".

2. Фрагментована Самість - це порушення зв'язності, що загрожує розпадом Я на окремі частини. Фрагментація може бути наслідком регресії, самотності; "роздрібнене Я" виникає через недостатнє задоволення селф-потреб. Цей стан супроводжується тривогою, яка в критичних ситуаціях переростає в паніку. Поведінка підлітка, що перейшов до іншої школи і важко адаптується до нових умов, невпевненість і депресія безробітного емігранта - типові приклади таких процесів.

3. Спустошена Самість - тривала депресія, внаслідок якої людина вже не здатна радіти розвитку й утвердженню власного Я. Індивід розчарований і стомлений, а життєві сили залишають його.

4. Переобтяжена (збуджена) Самість - нездатність людини полегшити свої страждання (возз'єднатися зі всемогутнім селф-об'єктом і заспокоїтися) через фрустрацію емоційних потреб. Неадекватна напруга у стосунках примушує її шукати нові ситуації емпатії та міжособистісного оцінювання. Це явище часто спостерігається в терапевтичних групах: один або декілька учасників невгамовно вимагають зворотного зв'язку і зосереджують інших тільки на своїх переживаннях.

5. Незбалансована Самість - домінування однієї з її складових над іншими. Здебільшого це результат дисгармонійного розвитку об'єктних відносин у ранньому дитинстві. Х. Кохут виокремив такі типи особистісного дисбалансу, які залежать від сили оцінювальних полюсів:

- слабкий оцінювальний полюс, нездатний забезпечити достатнє "керівництво", унаслідок чого Самість страждає від надмірної амбіційності, що досягає рівня психопатії

- надмірно розвинутий оцінювальний полюс, що сковує Самість почуттям провини, обмежує її у своїх проявах;

- виражена дуга напруги між порівняно слабкими полюсом ідеалів і полюсом домагань, що зумовлює усунення Самості від ідеалів та особистісних цілей, чутливість до зовнішнього оточення.

Психологія Самості розглядає психічні конфлікти як провідні чинники розвитку об'єктних відносин. Залежно від типу конфлікту поведінку особистості та її стосунки описують у межах двох моделей - "винуватої" і "трагічної". Схильна до переживання провини особистість цілком зосереджена на задоволенні бажань і характеризується численними суперечностями в системі психіки (здебільшого конфліктами за участю Над-Я). Це класичний фрейдівський невротик із високим рівнем об'єктної фрустрації, особливо в сексуально-еротичній сфері. Трагічна особистість характеризується проблемами на рівні Самості - бажанням вийти за межі поведінки, регульованої принципом задоволення, високою чутливістю до

селф-потреб, незадоволеним бажанням утілювати власну суть в об'єктних відносинах. Такі люди незадоволені собою і оточенням трохи інакше - вони прагнуть досконалості і не знаходять її.

Розвиток селф-психології зумовлений новими потребами психотерапії у 60-70-ті роки ХХ ст. Ні фрейдівська теорія прагнень, ні уявлення про психологічні захисти Его, ні кляйнівські ідеї не могли пояснити проблеми клієнтів певного типу: вони були добре пристосовані, адекватні і цілком успішні, але страждали від внутрішньої спустошеності, екзистенційної нестійкості і самотності. Свій запит вони формулювали так: "ніби все в житті є, а чогось не вистачає, невідомо чого... життя не те".

Допомога таким клієнтам складна передусім тому, що аналітичні відносини вони розглядають і переживають як компенсацію селф-потреб. Терапевта як селф-об'єкт цінують за можливість заповнити емоційну дірку власного Я - фактично він є нарцисичним розширенням особистості клієнта. Селф-переживання структурують терапію, часто перетворюючи її на серію одноманітних спроб підтвердження цінності і самоповаги пацієнта. Їх кількість не має значення (потреба ніколи не буває повністю задоволена), а втомленого, незадоволеного собою і перебігом терапії аналітика можна замінити на іншого.

Розлади Самості завжди позначаються на взаєминах із людьми. У тяжких випадках розвивається картина, подібна до злякисного нарцисизму. Часто в міжособистісній взаємодії індивід намагається компенсувати селф-потребу, не задоволення в дитинстві. Є люди, які настирно вимагають підтвердження власної значущості або винятковості (фрустрована грандіозно-ексгібіційна потреба); є такі, що нав'язують друзям і родичам всемогутність і всезнання (туга за ідеальними образами); дехто відчуває себе "дивним", особливим, не таким як інші. Такі проблеми часто бувають "гачками", на які ловлять людей досвідчені маніпулятори.

Уявлення про нормальний та патологічний розвиток Самості стануть добрим підґрунтям не лише для класичної, а й для короткочасної моделі аналітичної роботи. Клієнти добре сприймають цю відносно нескладну та досить самостійну теорію і можуть використовувати її для самостійних інтерпретацій власних труднощів.

Контрольні питання

- 1.Що означає термін нарцисизм, причини захворювання
- 2.Первинний та вторинний нарцисизм
- 3.Характерні риси хворого на нарцисизм
- 4.Метод лікування

5. Селф теорія
6. Визначення терміну самість в селф -психології
7. Визначення терміну нарцисизм в селф-психології
8. Види самості
9. Ознаки самості архаїчної
10. Ознаки фрагментованої самості. Незбалансована самість
11. Спустошена та переобтяжена види самості
12. Незбалансована самість
13. Роль теорії самості в психоаналізі

Джерела інформації:

1. Кохут Х. Анализ собственного “Я”. — М.: Наука, 2000.
2. Кутгер П. Современный психоанализ. — СПб.: БСК, 1997. 1
3. Мак-Вильямс Н. Психоаналитическая диагностика-М.класс,1998.
4. Томэ Г., Кехеле Х. Современный психоанализ. — М.: Класс, 1999.
5. Фрейд З. Введение в психоанализ: Лекции. — М.: Наука, 1990.
6. Фрейд З. О клиническом психоанализе: Избр. соч. — М.: Медицина, 1991.
7. Фрейд З. Психоанализ, религия, культура. — М.: Ренессанс, 1992.
8. Бреннер Э. Элементарный учебник психоанализа. — СПб.: Наука, 1999.
9. Блюм Геральд. Психоаналитические теории личности. — М.: КСП, 1996.
10. Браун Дэнис, Педдер Джонатан. Введение в психотерапию. Принципы и практика психодинамики. — М.: Класс, 1998.
11. Гринсон Ч. Техника и практика психоанализа. — М.: Класс, 1998.

Тема 6 Теорія об'єктних стосунків

Актуальність теми: Актуальність теми обумовлена тим, що розвиток психоаналітичних доктрин справив значний вплив на психологічну науку і став однією з провідних ідейних, теоретичних і методологічних основ її психології та психотерапії сучасного періоду.

Мета заняття: формувати у студентів знання про основні положення психології об'єктних відносин та володіння основними поняттями психології об'єктних стосунків. Оцінити вплив на формування особистості досвіду стосунків з найближчими людьми. Ознайомитись з можливостями використання принципів теорії об'єктних стосунків під час психоаналізу. Проаналізувати причини, що обумовлюють ефективність застосування цих принципів. Розглянути фази сепарації-індивідуації.

Блок провідних теоретичних знань:

Поява теорії об'єктних стосунків в значній мірі пов'язана з роботою деяких аналітиків, зокрема представників Британської школи, з людьми, яких З.Фрейд вважав надто "порушеними", щоб піддавати їх аналізу. Психоаналітики дійшли висновку про необхідність іншої термінології для описання процесів, які вони спостерігали, ніж та, яка була запропонована класичною теорією драйвів.

Важливими попередниками теорії об'єктних стосунків були Мелані Кляйн і Гаррі Стек Салліван. В подальшому важливий внесок в її розвиток зробили Віннікот, Фейрберн, Кернберг, Малер, Мастерсон та інші. Варто зауважити, що і сам Фрейд значною мірою висловлював ідеї теорії об'єктних стосунків. Говорячи про те, що Едіпова фаза може перебігати по різному в залежності від особистостей батьків, він відзначав важливість об'єктів, з якими актуально має справу дитина, і того, як вона їх переживає.

Теорія об'єктних стосунків приділяє увагу не стільки бажанням, які були незадоволені в дитинстві, чи фазі, на якій людина фіксована, чи домінуючими захисними реакціям "Я", скільки тому, які об'єкти були важливими в світі дитини, як вона їх переживала, як ці об'єкти і їх емоційні аспекти були присвоєні (увнутрішнені) дитиною, і як їх присвоєні образи і репрезентації (уявлення про них) продовжували існувати в позасвідомому дорослого. В традиції об'єктних стосунків увага зміщена з теми Едіпового

комплексу на тему сепарації і індивідуації, яка стає центральною в даній теорії.

Поняття “об’єкт” було введено ще Фрейдом в ранніх працях, коли він розглядав інстинкт, як такий, що має джерело (певне тілесне напруження), мету (певний тип біологічного задоволення) і об’єкт (найчастіше - людина). Поняття “об’єкт” залишається актуальним і сьогодні, не дивлячись на його механічність, і під ним завжди розуміються інші, важливі для нас, люди. Для дитини в малюковий період об’єкт, найчастіше - мама, є моделлю навколишнього світу, і через нього дитина будує уявлення про себе та довкілля.

Аналітики розрізняють поняття реального “об’єкту” і “внутрішньої репрезентації даного об’єкту”. Справа в тім, що діти, особливо малюки, можуть неправильно сприймати важливі сімейні фігури і їх мотивації і зберегти цю помилку при інтерналізації, що призводить до спотворення внутрішнього представництва зовнішніх об’єктів. Наприклад, малюк може розцінити необхідність виходу матері на роботу, як її бажання назавжди його покинути.

Теоретики об’єктних стосунків розглядають людину як таку, яка часто старається реалізувати ряд намірів, одні з яких суперечать одне одному, інші – гармонійні, одні – інфантильні, інші – більш зрілі. Всі вони мають різну ступінь усвідомлення і визнання людиною їх своїми власними намірами в широкому спектрі – від повного усвідомлення і визнання до повного заперечення, і саме “Я” - є тією організацією, яка забезпечує координацію сукупності цілей, бажань, цінностей і намірів. Таку функцію може виконувати лише цілісна і достатньо інтегрована структура, а “Я”, яке заперечує і роз’єднує широкий спектр прагнень, потреб та бажань, погано виконує адаптивні функції. Мова йде про те, що відречення людини від певних своїх примітивних бажань, не дає їй можливості функціонувати адекватно – ці бажання впливають на її поведінку, але не можуть бути інтегрованими з іншими аспектами особистості, оскільки не досягають усвідомлення. Згідно цієї точки зору, сексуальність і агресія – це не інстинкти, а бажання, чи наміри, які мали бути інтегровані з іншими бажаннями та намірами. Сексуальність, інтегрована з іншими аспектами “Я”, стає частиною функціонування особистості і приймає на себе цілу низку функцій, займаючи своє місце в цілісній системі цінностей та ідей (сексуальна активність може бути способом досягнення інтимної близькості чи способом ствердження власної привабливості та цінності, спробою досягнення чи актом протесту). Кляйн говорить про те, що палке сексуальне бажання – це не наслідок невивільненої сексуальної енергії, а швидше -

відображення недостатності певної суб'єктивної цінності, яка символізується сексуальною активністю.

Повноцінна розвинута особистість - унікальна, креативна, гнучка і саморегульована. Вона відверта перед собою і її поведінка впливає з власних планів та схем, а не з деякого екстерналізованого образу того, як це повинно бути. Її емоції повні і глибокі, вона володіє здатністю відчувати окремо від об'єкту.

Коли ж особистість не володіє цільними інтегрованими внутрішніми структурами та репрезентаціями, її характер можна розглядати як деякі, часто передбачувані, патерни поведінки, які повторюють дії ранніх об'єктів, або як безсвідоме бажання примусити оточуючих діяти згідно власного уявлення про образи дитинства. В такому випадку можна говорити швидше про деякі "стани "Я", які видаються на перший погляд цілком ізольованими і самодостатніми, ніж про цілісне "Я". Для того, щоб зберегти суб'єктивне почуття самодостатності цих "станів "Я", людина змушена прикладати певні зусилля, які реалізуються в формі примітивних захистів, таких як заперечення, розщеплення, проекція та проективна ідентифікація. Виходячи з цього, можна стверджувати, що примітивні форми психологічних захистів послаблюють "Я".

Найбільш вирішальним фактором в утворенні справжнього цільного зінтегрованого "Я" є стосунки з іншими людьми, зокрема, з матір'ю. Для того, щоб розвиток був успішним, дитина повинна відчувати достатній материнський догляд.

Хороша матір – це не та, яка задовольняє всі потреби дитини, а швидше та, яка може сприяти розвитку дитини. Г.Малер вказує на те, що формування у дитини цілого ряду установок залежить навіть від того, як мама бере свою дитину на руки і, як вона її тримає.

Коли дитина починає відділяти і індивідуалізувати себе, матір знаходиться не надто близько і не надто далеко, оскільки дитині, коли вона кидає виклик світу, потрібна і материнська підтримка, і достатня свобода дій. Надміру турботлива, "кутаюча" дитину, матір бере її на руки не тоді, коли це потрібно дитині, а тоді коли матір сама прагне розради. Така поведінка матері гальмує у дитині відчуття себе, як окремого від матері індивіда. З іншого боку, матір, яка "утримуючи дистанцію" між собою і дитиною, відштовхує її, надає достатньо свободи дитині, але не забезпечує її надійним тилом, куди можна повернутись після відважних походів у зовнішній світ. Її дитина не зможе успішно відділитись, бо буде завжди прагнути єднання з матір'ю. Така дитина завжди буде мріяти і фантазувати про єднання з

матір'ю, оскільки для неї це єдиний спосіб тримати під контролем тривогу із-за того, що матір хоче її покинути чи нехтує нею.

Крім того, хороша матір функціонує як “контейнер” для емоцій, які можуть переповнювати дитину. Коли дитина відчуває страх, біль чи гнів, матір може взяти її на руки, заспокоїти і прийняти в себе її емоції – тоді дитина відчує себе в безпеці, і почуття перестають її лякати. Така реакція матері дозволяє дитині самій навчитись контролювати свої сильні емоції.

В процесі сепарації-індивідуації основна роль батька полягає в компенсації негативного досвіду дитини через позитивні стосунки з матір'ю і дитиною.

Фази сепарації-індивідуації.

В перший місяць життя дитина знаходиться на стадії нормального аутизму. Малюка в цей період можна описати, як нарцистичного – інтерес до зовнішнього світу у нього поверхневий, він більше зайнятий своїм внутрішнім світом. Фактично, у дитини ще немає концепції зовнішнього світу, зовнішні об'єкти, наприклад матір, не сприймаються нею як такі, і їх присутність може розумітися туманно, як супровід задоволення власних потреб. Можливо, малюк вважає, що достатньо лише його бажання для того, щоб з'явилась мама і задовільнила всі його потреби.

Основним завданням цієї фази є досягнення гомеостатичної рівноваги організму в умовах нового середовища через соматопсихічні і фізіологічні процеси, які виразно переважають над психічними.

З другого-третього місяця життя малюк починає більше цікавитись навколишнім, проте ще не може розрізнити свої власні зусилля, направлені на задоволення потреб, і реакцію матері на його потреби. Ця стадія носить назву нормального симбіозу – малюк вже може сприймати зовнішні імпульси, особливо ті, які пов'язані з матір'ю, але він не сприймає її, як окрему людину. Іншими словами, малюк відчуває себе злитим з матір'ю і вважає себе і її - єдиною могутньою системою з спільними границями щодо оточуючого світу: коли мама годує його, він вважає материнські груди чимось, що належить йому, частиною свого власного тіла, що годує себе. Таким чином, коли мати не задовольняє потреб малюка, він сприймає своє “Я” як травмуюче і зле.

Базовим негативним переживанням цього періоду є страх втрати об'єкту, а основним механізмом психологічного захисту є конфлюєнція (злиття).

Деякі теоретики об'єктних стосунків вказують на те, що психотична структура організації особистості з характерними для неї порушеннями меж

власного “Я” та проблемами з розрізненням “Я” від оточуючого світу відповідає власне цій фазі.

Приблизно в п'ятимісячному віці починається фаза власне сепарації-індивідуації. Першою субфазою цього процесу є диференціація, яка триває приблизно з п'ятого по десятий місяць життя дитини і пов'язана з появою відчуття тілесного відділення від матері – внаслідок своєї діяльності малюк починає усвідомлювати, що він і мама фізично розділені. Проте це усвідомлення провокує тривогу у дитини і вона постійно старається переконатись, що мама поруч.

З десятого по чотирнадцятий місяць життя дитини триває наступна субфаза – тренування, або практики (practicing), яка полягає в надбанні моторних навичок, що сприяє подальшому відділенню від матері. Пік цієї субфази відноситься до періоду, коли дитина починає ходити – вона відчуває себе всемогутньою, оскільки перед нею відкривається цілий світ внаслідок вміння пересуватись. Але навіть це почуття всемогутності є сильно прив'язаним до почуття присутності матері, як об'єкта, що забезпечує безпеку.

Субфаза відновлення в'язків, чи повторного зближення (Rapprochement) триває з чотирнадцятого по двадцять четвертий місяць життя дитини. Деякі види психопатології, включаючи межовий розлад особистості та харчові розлади, такі як булімія, беруть початок в цей період.

Під час повторного зближення дитина починає краще усвідомлювати свою окремість від матері, і в міру цього розуміння в неї зникає відчуття власної всемогутності. Визнання дитиною факту, що вона і мама – окремі люди супроводжується відчуттям власного безсилля, беззахисності та страхом втрати любові.

Коли дитина починає створювати образ матері як окремої людини, вона стикається з дуже суперечливою інформацією: мама хороша – джерело задоволення, нагороди і підтримки, мама погана – джерело покарання, критики, фрустрації і заборони. Дитині важко усвідомити, що хороша і погана мама - це одна і та сама людина, тому вона розщеплює образ матері надвоє – коли мама хороша, в дитини створюється образ хорошої матері, якій не притаманні жодні негативні якості, коли ж мама погана, їй не властиво нічого доброго. Таким самим чином дитина розщеплює і свій образ на два – “Я-хороший” і “Я-поганий”. Коли мама хвалить дитину, дитина відчуває себе повністю хорошою, а коли критикує – повністю поганою.

Уявлення про себе-хорошого пов'язане з уявленням про хорошу маму, і так само, уявлення про себе-поганого пов'язане з уявленням про погану маму. Умовно існують дві системи – “Я-хороший”-“об'єкт-хороший” і “Я-

поганий” -“об`єкт-поганий”. Зв`язки в них підтримуються за рахунок емоцій, які мають характер дуже примітивних і які водночас є надзвичайно інтенсивними. Система “Я-хороший”-“об`єкт-хороший”, яка зміцнюється за рахунок позитивного досвіду, в подальшому стає основою для побудови цілісного “Я”, а система “Я-поганий”-“об`єкт-поганий” допомагає в навчанні розрізняти “Я” від “Не-Я”.

Схильність до використання розщеплення властива дитині на протязі всього процесу сепарації, проте якщо в даний період в дитини надто мало позитивного досвіду для того, щоб в подальшому інтегрувати образ себе та образ об`єкту в цілісні образи, то розщеплення може залишитись як переважаючий механізм психічного захисту і в подальшому житті.

До кінця цього періоду з`являються початки усвідомлення дитиною статевої відмінностей та початки статевої ідентифікації.

Емоційно стабільне та цілісне сприйняття дитиною себе та об`єкту досягається під час останньої підфази процесу сепарації-індивідуації, яка триває на протязі другого-третього року життя дитини і яку називають підфазою консолідації. Спочатку відбувається розділення часткових образів “Я-хороший” та “об`єкт-хороший”, і дещо пізніше, “Я-поганий” і “об`єкт-поганий”. Далі з вже відділених часткових образів інтегрується цілісне “Я”, та цілісний образ об`єкту як моделі оточуючого світу.

В подальшому на основі зінтегрованого образу “Я” та “об`єкту” відбувається формування психічних структур Ід, Его, Супер-его. Ід формується в результаті усунування із свідомості репрезентацій стосунків з об`єктом, які загрожують інтерперсональному досвіді. Супер-его формується одночасно з Ід в основному з нереальних, ідеальних образів себе та об`єкту, а також з інтерналізованих загальнолюдських норм. Базовим механізмом психічного захисту стає витіснення.

Цілісне та реалістичне уявлення про себе та об`єкт є основою для побудови гармонійного внутрішнього світу, що в свою чергу дає можливість приймати зовнішні події такими, якими вони є, чітко розмежовуючи внутрішні події від зовнішніх.

Контрольні питання

1. Дати визначення поняттю об'єктні стосунки
2. Термін об'єкт в теорії об'єктних стосунків
3. М.Кляйн і її внесок в теорію розвитку психіки.
4. Нове в теорії потягів-захистів.
5. Роль об'єктних відносин у формуванні психічних структур.

6. Проективна ідентифікація.

7. Погляд на людину з позиції ролей — дитини, батьківської постаті, дорослої особистості.

Джерела інформації:

1. Кохут Х. Анализ собственного “Я”. — М.: Наука, 2000.
2. Куттер П. Современный психоанализ. — СПб.: БСК, 1997. 1
3. Мак-Вильямс Н. Психоаналитическая диагностика-М.класс,1998.
- 4.. Томэ Г., Кехеле Х. Современный психоанализ. — М.: Класс, 1999.
5. Фрейд З. Введение в психоанализ: Лекции. — М.: Наука, 1990.
6. Фрейд З. О клиническом психоанализе: Избр. соч. — М.: Медицина, 1991.
7. Фрейд З. Психоанализ, религия, культура. — М.: Ренессанс, 1992.
8. Бреннер Э. Элементарный учебник психоанализа. — СПб.: Наука, 1999.
9. Блум Геральд. Психоаналитические теории личности. — М.: КСП, 1996.
10. Браун Дэннис, Педдер Джонатан. Введение в психотерапию. Принципы и практика психодинамики. — М.: Класс, 1998.
11. Гринсон Ч. Техника и практика психоанализа. — М.: Класс, 1998.

Тема 7 Психоаналітична процедура: психоаналітична ситуація, терапевтичний альянс, опір, перенесення, контрперенесення

Актуальність теми: Актуальність теми обумовлена тим, що розвиток психоаналітичних доктрин справив значний вплив на психологічну науку і став однією з провідних ідейних, теоретичних і методологічних основ її психології та психотерапії класичного періоду. Психоаналітична процедура це найвпливовіший метод який дуже широко використовується в практиці

Мета заняття: ознайомитись з поняттям психоаналітичної процедури, вивчити основні прийоми, які є обов'язковими для її проведення.

Блок провідних теоретичних знань:

Психоаналітична процедура заснована на тому підході, що аномальна поведінка людини є наслідком його неадекватної інтерпретації почуттів, потреб і спонукань, тому необхідно виявити несвідомі спонукання людини, що лежать в основі його поведінки, допомогти зрозуміти причини його

поганого пристосування до реальності, впливати на сприйняття, думки, почуття.

В основі психоаналітичної процедури лежать наступні теоретичні положення теорії психоаналізу:

людська поведінка, досвід і пізнання багато в чому визначені внутрішніми та ірраціональними потягами;

ці потяги переважно неусвідомлені;

спроби усвідомлення цих потягів призводять до виникнення психологічного опору у формі захисних механізмів;

крім структури особистості, індивідуальний розвиток визначається подіями раннього дитинства;

конфлікти між свідомим сприйняттям реальності і несвідомим (надлишковим) матеріалом можуть призводити до ментальних порушень, такими як неврози, невротичні риси характеру, страх, депресія, тощо;

звільнення від впливу несвідомого матеріалу може бути досягнуто через його усвідомлення.

Класичний психоаналіз Фрейда це специфічний тип терапії, при якому «аналізанти» (аналітичний пацієнт) вербалізує думки, включаючи вільні асоціації, фантазії і сни, на підставі чого аналітик намагається зробити висновки про неусвідомлені конфлікти, які є причинами симптомів і проблем характеру пацієнта, й інтерпретує їх для пацієнта, для знаходження шляхів вирішення цих проблем. Специфіка психоаналітичних інтервенцій як правило включає конфронтацію і роз'яснення патологічних захистів і бажань пацієнта.

Мета психоаналітичної терапії, за словами Фрейда: «Перетворити надмірні страждання неврозу в нормальні, звичайні негаразди повсякденності».

Психоаналіз (за Фрейдом) повинен:

1. Відтворити з даних конкретних проявів групу сил, які викликають хворобливі патологічні симптоми, небажану неадекватну поведінку людини;

2. Реконструювати минулу травматичну подію, вивільнити пригнічену енергію і використовувати її для конструктивних цілей (сублімація), надати цій енергії новий напрямок (наприклад, за допомогою аналізу перенесення звільнити спочатку пригнічені дитячі сексуальні устремління - перетворити їх в сексуальність дорослої людини і тим самим дати їм можливість брати участь у розвитку особистості).

Психоаналіз включає пошук прихованих вогнищ в корі мозку, що виникають при витісненні неприйнятних бажань, і обережну допомогу людині в усвідомленні і переоцінці тривожних його переживань.

У нього входять:

- пошук вогнища (спогади);
- розтин такого (переклад інформації в словесну форму);
- переоцінка (зміна системи установок, відносин) переживання відповідно до нової значимості;
- ліквідації вогнища збудження;
- нормалізація психічного стану людини.

У психоаналізі використовуються методи вільних асоціацій, аналізу сновидінь, перенесення і контрпереноса, аналізу опору. Найуспішніше він застосовується з 15 до 50 років, ефективніше для інтелектуалів і молодих людей.

Психоаналіз включає наступні методи: встановлення глибоких емоційних відносин терапевта і пацієнта, щоб стало можливим перенесення позитивних або негативних переживань пацієнта на терапевта - як своєрідна проекція відносини пацієнта до свого батька або матері.

Застосовуються також методи інтерпретації снів, вільних асоціацій, пошуку коливань і опірив пацієнта, щоб виявити його головні проблеми. Пояснення терапевта спонукають людину знову емоційно пережити події дитинства і співвіднести їх з симптомами, які проявляються в даний час. Цей катарсис призводить до зникнення симптомів, комплексів, відхилень.

Класичний психоаналіз включає наступні основні етапи: продукування матеріалу, його аналіз і робочий альянс.

1. Продукування матеріалу. Основними його способами є: вільна асоціація, реакція переносу і опір.

Вільна асоціація - головний метод продукування матеріалу. Ось як його описував сам З. Фрейд: «Не надаючи будь-якого тиску, аналітик пропонує пацієнту лягти зручно на канапі, тоді як сам він сидить на стільці за ним, поза полем зору. Він навіть не просить його закрити очі і уникає будь-яких дотиків, так само як уникає будь-яких інших процедур, які можуть нагадати про гіпноз. Сеанс, отже, проходить як бесіда між двома людьми, в рівній мірі здоровими, але один з них утримується від будь-яких м'язових зусиль або відчуттів, які можуть відвернути його увагу від його власної розумової діяльності. Для оволодіння ідеями і асоціаціями пацієнта аналітик просить дозволити йому увійти в такий стан, як якщо б вони розмовляли безцільно, навмання. Якщо він відчуває сильне почуття збентеження, розповідаючи про яку певну тему, перший час я визнаю, що це для нього болісно, але необхідно для лікування. Я прошу його спробувати бути настільки відкритим, наскільки це можливо ... Хворий сам бере з власної пам'яті найближче слово-

«подразник» і у відповідь на нього висловлює будь-яку думку, що прийшла йому в цей момент в голову ».

Фрейд висував до пацієнта одну вимогу: «Він повинен говорити нам не тільки те, що він може сказати навмисно і за своїм бажанням, що може дати йому забезпечення, але і все, що приходить йому в голову, навіть якщо це неприйнятно для нього і здається йому несуттєвим або взагалі безглуздом ».

Трапляється, пацієнт говорить, що йому нічого не приходить в голову. Але, як показував Фрейд, все це пояснюється лише тим, що хворий утримує, або усуває думку що прийшла йому в голову під впливом опору. Останнє - це що виникає під час психоаналітичного лікування протидію перетворенню несвідомих процесів в свідомі.

Опір - внутрішні сили пацієнта, що знаходяться в опозиції до психоаналітичної роботи і захищають невроз від терапевтичного впливу. За формою воно являє собою повторення тих же захисних реакцій, які людина використовувала в своєму повсякденному житті. Опір діє через Его пацієнта, і, хоча деякі його аспекти можуть бути усвідомлені, значна їх частина залишається несвідомою. Його проявом можуть бути мовчання пацієнта, його поза, афекти (злість, впертість, сором і т. П.), Уникнення тим, пропуск сеансів, відмова визнати наявність сновидінь або твердження, що «є теми, про які не хочеться говорити».

Завдання психоаналітика - розкрити те, як, чому і чому пацієнт пручається. Безпосередня причина подібного опору - неусвідомлене уникнення таких болючих явищ, як тривога, вина, сором і т. п. Розрізняють Его-сінтонічного опору і опору- чуже Его. У першому випадку пацієнт зазвичай заперечує сам факт протидії і перешкоджає його аналізу; у другому - він відчуває, що цурається опору, і готовий аналітично працювати над ним.

Один з важливих етапів психоаналізу - переклад опору з Его-сінтонічного в чуже Его. Як тільки це досягнуто, пацієнт вступає в робочий альянс з аналітиком. Від пацієнта потрібно, щоб він щиро висловлював свої потаємні емоції, імпульси, фантазії, а аналітик повинен залишатися таємною фігурою.

Ефективність методу вільних асоціацій в значній мірі залежить від особливих відносин, що встановлюються між пацієнтом і психотерапевтом. В основі цих відносин лежить феномен перенесення (трансферу). Це, згідно з психоаналізом, процес прояви до терапевта почуттів, які є в дійсності концентрацією минулих почуттів до інших людей - перш за все до найближчого оточення пацієнта в дитинстві. «Перенесення, - писав Фрейд, - є повторення, нове» видання »старих, об'єктивних відносин». Механізм його полягає в тому, що пацієнт підсвідомо ідентифікує лікаря з об'єктами своїх

догенітальних сексуальних потягів. Іншими словами, «переносить» на нього властивості батька і матері з усіма наслідками, що випливають звідси наслідками. Перенесення полягає в переживанні емоцій, мотивів, відносин, фантазій і захистів по відношенню до деякої особистості в сьогоденні, неадекватних по відношенню до неї, так як вони є повторенням, переміщенням реакцій, що утворилися по відношенню до значущих особам в ранньому віці.

Перенесення викликає відповідні почуття і реакції у психоаналітика, які Фрейд назвав контрперенесенням. Відомий психолог розрізнявав перенесення на позитивний і негативний. У випадку з першим пацієнт відчуває до аналітика такі почуття, як любов, ніжність, довіру, симпатію, інтерес, захоплення, повагу і т. п. Найбільш часто відзначається любов, особливо якщо аналітик і пацієнт різної статі.

Фрейд дав безпомилкову, ясну раду з приводу такої ситуації:

Тут не може бути компромісу. Аналітик не може допустити навіть самого невинного, часткового еротичного задоволення. Будь-яке таке задоволення не дозволяє проаналізувати любов пацієнта. Це аж ніяк не означає, що аналітик повинен вести себе бездушно і безсердечно. Аналітик може бути тактовним і чуйним по відношенню до пацієнта і його стану і при цьому продовжувати займатися своїм завданням - аналізуванням.

Негативний перенесення проявляється в ненависті, гніві, ворожості, недовіри, антипатії, обуренні, гіркоти, неприязні, презирстві, роздратуванні і т. д. Він викликає більш сильний опір, ніж позитивний. Однак, коли робочий альянс встановлено, напрямок негативного перенесення може дати більш сприятливий клінічний матеріал для аналізу, ніж позитивного.

Всі реакції перенесення характеризуються амбівалентністю - співіснуванням протилежних почуттів. Зазвичай разом з любов'ю до аналітику уживаються ненависть до нього, поряд з сексуальним потягом - відраза.

Фрейд підкреслював, що якщо психоаналітик стикається з реакцією переносу, то йому необхідно, по-перше, усвідомити цей феномен, по-друге, продемонструвати його пацієнтові і, по-третє, спробувати простежити його походження. Вчений використовував також термін невроз перенесення. Під ним він розумів «сукупність реакції перенесення, в якій аналіз і аналітик стають центром емоційного життя пацієнта і невротичного конфлікту пацієнта знову оживає в аналітичній ситуації». Невроз перенесення, з одного боку, є ознакою успіху аналітичної терапії, а з іншого - може бути причиною її невдачі. Це як би перехід від хвороби до одужання. Психоаналітична

техніка спрямована на те, щоб забезпечити максимальний розвиток неврозу перенесення, а потім використовувати його в лікувальних цілях.

Інтерпретуючи перенесення, психоаналітик аналізує «минуле в сьогодні», намагаючись виявити їх несвідомі джерела, при цьому він прагне зберігати нейтральність, що не критикуючи пацієнта, не вступаючи з ним у особисті взаємини, але допомагає йому усвідомити його витіснені імпульси.

2. Аналіз.

Головною метою всіх аналітично орієнтованих методик є розуміння пацієнтом самого себе, а основною технічною процедурою - інтерпретація.

Техніка аналізу включає 4 процедури: прояснення, конфронтацію, інтерпретацію, ретельне опрацювання.

Аналізоване явище має стати очевидним для пацієнта (конфронтація). Конфронтація підводить пацієнта до усвідомлення суперечливих і неузгоджених один з одним елементів його поведінки, привертає його увагу до тих фактів, які раніше їм не усвідомлювалися або вважалися самоочевидними, але при цьому суперечать іншим його ідеям, поглядам, вчинкам. Наприклад, перш ніж аналізувати опір, потрібно показати пацієнтові, що воно у нього є. Якщо людина розуміє це, можна переходити до прояснення. Мета його - сфокусувати увагу на уже згадуваному феномені, ретельно відокремити його від інших, чітко позначити його межі.

Наступний, основний етап аналізу - інтерпретація. Для цього аналітик задіє не тільки свої теоретичні знання, а й своє несвідоме, свої емпатію і інтуїцію.

Фрейд писав:

Мета інтерпретації полягає в тому, щоб зробити якимось неусвідомлену психічну подію усвідомленою, щоб ми змогли краще зрозуміти значення даної частини поведінки. Інтерпретація зазвичай обмежується окремим елементом, окремим аспектом. Ретельно пропрацювавши дану інтерпретацію елемента, спробувавши відтворити історію і послідовність подій, в яку входить даний елемент, ми повинні зробити щось більше, ніж інтерпретація. Ми повинні реконструювати ту частину життя пацієнта, яка йшла своєю чергою, оточуючи пацієнта, яка визначала поява цього елемента.

Процедури прояснення і інтерпретації тісно переплітаються. Дуже часто перше тягне за собою другу, а та, в свою чергу, призводить до подальшого прояснення. Шлях від інтерпретації до розуміння позначається як етап ретельного опрацювання. Це шлях від інсайта, від можливості аналітика проникати у внутрішнє життя пацієнта до розуміння пацієнтом

самого себе. З усіх процедур аналізу ретельне опрацювання - найтриваліша за часом. Іноді вона затягується на півгодини і більше.

Техніка аналізу опору складається з наступних процедур:

1. Процес усвідомлення опору.
2. Демонстрація факту опору пацієнту:
 - дозволити опору стати демонстративним; сприяти посиленню опору.
3. Прояснення мотивів і форм опору. Необхідно з'ясувати:
 - який специфічний хворобливий афект змушує пацієнта опиратися;
 - яке специфічне інстинктивне спонукання є причиною хворобливого афекту в момент аналізу;
 - які конкретні форму і метод використовує пацієнт для вираження свого опору.
4. Інтерпретація опору:
 - з'ясувати, які фантазії або спогади є причиною афектів
 - і спонукань, які стоять за опором;
 - пояснити витоки і несвідомі об'єкти виявлених афектів, спонукань або подій.
5. Інтерпретація форми опору:
 - пояснити дану і подібні форми діяльності під час аналізу і поза аналізом;
 - простежити історію і несвідомі цілі цієї діяльності в сьогоденні і минулому пацієнта.

Важливо не поспішати з інтерпретацією, так як це може або травмувати пацієнта, або привести до його інтелектуального суперництва з аналітиком. У будь-якому випадку це посилить опір. Потрібно дати можливість пацієнту відчувати свій опір, а вже потім перейти до його інтерпретації.

Пацієнту необхідно пояснити, що опір є його власною діяльністю, що це акція, яку він здійснює несвідомо, пред-свідомо або свідомо, що воно не є виною чи слабкістю і що його аналіз - важлива частина психоаналітичного лікування. Тільки коли пацієнт сам визначить, що він чинить опір, і відповість на питання, чому і чому він чинить опір, можливо встановити співпрацю з ним, тільки тоді створюється необхідний для якісного аналізу робочий альянс.

3. Робочий альянс.

Він проявляється в готовності пацієнта слідувати правилам психоаналітичної процедури і співпрацювати з аналітиком, передбачає раціональні взаємини між пацієнтом і аналітиком, які дозволяють першому цілеспрямовано працювати в рамках аналітичної ситуації, а аналітику домагатися терапевтичного успіху. Тоді людина готова мати справу навіть з

тими інсайтами, які непомітні, але болять. Для продуктивної психоаналітичної роботи від пацієнта потрібні щире очевидне бажання піддатися аналізу, певні здібності і особливості особистості. Тільки той, у кого установки на психоаналіз глибоко мотивовані, зможе пройти це лікування, яке потребує багато часу, терпіння, а головне, тісно пов'язане з розкриттям інтимних переживань.

Принципове правило техніки інтерпретації таке: аналіз слід проводити в напрямі від опору до змісту, від свідомого до несвідомого, від «поверхні» до глибинного розуміння.

Техніка аналізу перенесення та ж, що і аналізу опору. Можна спробувати ідентифікувати цю реакцію, ставлячи питання на тему, якої пацієнт свідомо (чи несвідомо) намагається уникнути. Мета даного прийому - демонстрація пацієнту наявності у нього реакції перенесення. Далі аналітик повинен дозволити їй розвиватися, поки вона не досягне оптимального рівня інтенсивності. Не слід поспішати з інтерпретацією; важливо, щоб конфронтація змогла вплинути і реакція переносу була переконлива для пацієнта.

Перший етап аналізу перенесення - ідентифікація. Спочатку вона може стимулюватися штучно. Коли аналітик аналізує матеріал, він просить пацієнта тимчасово відмовитися від свого переживання, вільно асоціювати Его і спостерігати разом з ним за тим, що він (пацієнт) зараз переживає. Іншими словами, аналітик просить пацієнта тимчасово і частково ідентифікуватися з ним. Спочатку пацієнт надходить таким чином тільки тоді, коли психолог просить його про це, але пізніше такий стан стає автоматичним, передсвідомим. У цьому випадку пацієнт сам усвідомлює, що він чогось пручається і задається питанням: «Чому і чому?» Це і є показник часткової і тимчасової ідентифікації з аналітиком, яка сприяє робочому альянсу. Коли це відбувається, то говорять: «Пацієнт в аналізі».

Наступним етапом аналізу реакції є її прояснення. Це пошуки несвідомих джерел перенесення. Тут важливі афективні реакції, повторення, фантазії, сновидіння, символізм асоціацій пацієнта і т. П.

У пошуках неусвідомлених джерел перенесення існує багато технічних прийомів. Найбільш поширеними є три:

- відстеження зчеплених афектів і імпульсів;
- відстеження об'єктів (фігур), що передують переносу;
- дослідження фантазій перенесення.

Найбільш ефективний перший прийом. Зазвичай пацієнтові ставлять запитання: «Коли і в зв'язку з чим було у вас це почуття або спонукання?» А потім, вислуховуючи відповіді, поступово намагаються намацати істине

першоджерело цих афектів і спонукань. Потім запитують: «По відношенню до кого ви відчували таке відчуття в минулому?» І знову починається кропіткий пошук першоджерела.

До основних принципів психоаналітичної інтерпретації відносяться наступні:

1. В першу чергу слід інтерпретувати матеріал, переважаючий на даному сеансі.

2. Спочатку інтерпретується матеріал, близький до свідомості (наприклад, застосовувані пацієнтом захисних механізмів), а потім більш глибокий, менш усвідомлюваний (наприклад, прихований за захистом зміст).

3. Аналітик повинен давати інтерпретацію тільки в тому випадку, коли він в змозі чітко сформулювати припущення про те, що стоїть за висловом пацієнта, якщо він впевнений, що за згодою того з висунутим припущенням рівень самосвідомості пацієнта підвищиться. Якщо ж інтерпретація виявиться невірною, вона все ж послужить проясненню ситуації, коли пацієнт не в змозі самотійно зробити цей висновок без допомоги інтерпретації аналітика.

Клінічний досвід показує, що ніяка інтерпретація, нехай навіть абсолютно правильна, не дає належного і стійкого ефекту без багаторазової її опрацювання. Остання потрібно, щоб прийти до повного розуміння і стійких змін в поведінці пацієнта.

Фрейд вважав, що помилки людини не є випадковими, а являють собою психічні акти, в яких можна углядіти сенс і намір. Вони виникають в результаті одночасної дії або, точніше, протидії, протилежних бажань. Одне з них - частіше те, що не приносить задоволення, - виштовхується в підсвідоме, але проявляється поза волею (і свідомості) пацієнта в тому чи іншому помилковому дії. (До помилкових дій відносять застережень, обмовок, описок і т. і. У певному сенсі до них можна віднести забування намірів, імен, назв, переживань, втрата і ховання речей; помилки, дії «помилково» і т. Д.)

Контрольні питання:

1. Поняття психоаналітичної процедури
2. Техніки психоаналітичної процедури
3. Етапи психоаналітичної процедури
4. Обов'язкові складові процедури
6. Показання та протипоказання для психоаналітичної процедури
7. Поняття терапевтичного альянсу

8. Поняття опору
9. Поняття інтерпретації
10. Поняття контрпереносу
11. Поняття переносу
12. Метод вільних асоціацій

Джерела інформації:

1. Кохут Х. Анализ собственного “Я”. — М.: Наука, 2000.
2. Куттер П. Современный психоанализ. — СПб.: БСК, 1997. 1
3. Мак-Вильямс Н. Психоаналитическая диагностика-М.класс,1998.
4. Томэ Г., Кехеле Х. Современный психоанализ. — М.: Класс, 1999.
5. Фрейд З. Введение в психоанализ: Лекции. — М.: Наука, 1990.
6. Фрейд З. О клиническом психоанализе: Избр. соч. — М.: Медицина, 1991.
7. Фрейд З. Психоанализ, религия, культура. — М.: Ренессанс, 1992.
8. Бреннер Э. Элементарный учебник психоанализа. — СПб.: Наука, 1999.
9. Блум Геральд. Психоаналитические теории личности. — М.: КСП, 1996.
10. Браун Дэнис, Педдер Джонатан. Введение в психотерапию. Принципы и практика психодинамики. — М.: Класс, 1998.
11. Гринсон Ч. Техника и практика психоанализа. — М.: Класс, 1998.

Тема 8. Психоаналітична діагностика особистості. Рівні та типи організації особистості.

Актуальність теми: Актуальність теми обумовлена тим, що розвиток психоаналітичних доктрин справив значний вплив на психологічну науку і став однією з провідних ідейних, теоретичних і методологічних основ психології та психотерапії сучасного періоду. Психоаналітична діагностика особистості є надзвичайно важливою в практиці лікаря.

Мета заняття: ознайомитись з поняттям психоаналітичної діагностики типами та рівнями організації особистості, освоїти основні прийоми, які є обов'язковими для її проведення, особливу увагу звернути на питання рівнів функціонування особистості

Блок провідних теоретичних знань:

Рівні розвитку організації особистості.

Один з істотних питань, пов'язаних з вирішенням проблеми характеру і відповідно ступеня його порушення, полягає в тому, на основі яких критеріїв можна було б його оцінити. Класичний психоаналіз підходить до вивчення характеру особистості двома дуже різними шляхами, що впливають з двох попередніх їм моделей індивідуального розвитку. За часів фрейдівської теорії драмів були зроблені спроби зрозуміти особистість на основі фіксації (на якому етапі розвитку даний індивід був психологічно травмований?).

Пізніше, з розвитком Его-психології, характер був переосмислений як сукупність певних механізмів захисту (якими способами даний індивід уникає стану тривоги?). Останній підхід до розуміння особистості не суперечив першому; він дозволив ввести ряд понять і метафор для осмислення того, що малося на увазі під типом особистості, і додав до концепції драмів ряд припущень про те, як ми розвиваємо властиві нам адаптаційні і захисні реакції.

В якості однієї з моделей характеру і його діагностики можна використовувати теорію, запропоновану Н. Мак-Вільямс.

Сутність структури характеру Мак-Вільямс визначає на основі використання двох вимірів: 1) оцінки рівня розвитку особистісної організації (фіксації, за Фрейдом), яка відображає рівень індивідуації особистості або ступінь патології. Мак-Вільямс розглядає розвиток на чотирьох рівнях:

психотичному, прикордонному, невротичному і нормальному, та 2) діагностики захисного стилю особистості або типу характеру (наприклад, параноїдний, шизоїдний, депресивний і ін.).

Мак-Вільямс стверджує, що психотичний, прикордонний і невротичний - це рівні розвитку особистості, які співвідносяться зі стадіями розвитку за Е. Еріксоном. Так, психотіки - це люди, що мають проблеми першої стадії розвитку за Еріксоном, тобто проблему довіри чи недовіри, прикордонні особистості фіксовані на проблемі сепарації / індивідуації, а невротики - на глибших рівнях ідентифікації, пов'язаних з переживанням почуття провини або ініціативи.

Відмінності між трьома рівнями розвитку особистості можна провести, використовуючи певну стандартизовану процедуру опитування пацієнтів, що полягає у з'ясуванні таких питань:

- віддається перевага якому захисту;
- рівень інтеграції ідентичності;
- адекватність тестування реальності і здатність спостерігати свою патологію;
- природа основних конфліктів;
- особливості перенесення і контрпереносу.

Невротичний рівень організації особистості

Термін "невротик" застосовується до відносно здоровим людям, які мають деякі труднощі, пов'язані з емоційними порушеннями. На перших стадіях розвитку - оральної і анальної не спостерігалось будь-яких серйозних порушень характеру. Однак на Едіпової стадії (3-6 років) виникли проблеми, які призвели до організації невротичної структури. Згідно Ж. Бержера, залежно від того, наскільки проблемним буде розвиток на підліткової стадії, невротично попередньо організовані структури можуть утворити або невротично організоване Я і перерости в невроз, або психотично організоване Я і перерости в психоз.

Невротики спираються на більш зрілі захисти, маючи можливість актуалізувати і більш примітивні захисні механізми. Наявність примітивних захистів зовсім не виключає діагнозу структури характеру невротичного рівня, тоді як відсутність зрілих захистів виключає такий діагноз. Невротики використовують як зрілі - витіснення, інтелектуалізацію, раціоналізацію, так і примітивні - заперечення, проективну ідентифікацію, ізоляцію та ін.

Вони володіють інтегрованим почуттям ідентичності, тобто здатні описати себе, не відчуваючи труднощів у визначенні своїх рис характеру,

уподобань, інтересів, особливостей темпераменту, достоїнств і недоліків. Невротики також успішно описують інших людей.

Невротики знаходяться в надійному контакті з реальністю, у них відсутні галюцинації, маніакальні інтерпретації досвіду, вони живуть в одному світі з психотерапевтом. Деяка частина свого Его, яка пацієнта турбує, і з приводу якої він звернувся до психотерапевта, розглядається ним відсторонено. Так, параноїдна особистість невротичного рівня буде вважати, що її підозри виходять з її внутрішньої схильності сприймати інших людей ворожими і агресивними. Параноїдні прикордонні або психотичні пацієнти вважають, що їх труднощі мають зовнішній характер і визначаються особливостями навколишнього світу, його хворобливістю та порушенням.

Природа труднощів криється не в проблемі безпеки або прихильності, а в сформованості ідентичності та ініціативи. Це - проблема Едіпової стадії розвитку за Еріксоном. Типовими для невротиків є триадні об'єктні відносини.

Невротична особистість здатна адекватно сприймати інтерпретацію захистів і перенесення, тому в роботі з людьми невротичного складу характеру психотерапевти використовують інтенсивний аналіз, що включає в себе розкриття почуттів конфліктів, захистів і інтерпретацію переносу.

Прикордонний рівень організації особистості

Люди цього рівня займають проміжне положення між невротиками і психотиками. Вони відрізняються деякою тимчасовою стабільністю порівняно з другими і порушенням стабільності - у порівнянні з першими. За Ж. Бержере, прикордонна структура утворюється внаслідок того, що в період дитинства дитина отримала травму, яка призвела до організації прикордонної структури.

Прикордонна особистість використовує примітивні захисні механізми, тому їх іноді непросто відрізнити від психотиків. Важлива відмінність полягає в тому, що при правильно побудованій бесіді, вони можуть виявляти тимчасову здатність реагувати на інтерпретації, які робить психотерапевт.

У сфері інтеграції ідентичності у прикордонній особистості спостерігаються протиріччя, розриви Я. При описі себе відчувають труднощі, схильні до ворожості та агресії. Проте самодослідження не супроводжуються (як у психотиків) почуттям екзистенціального жаху і страху. Швидше вони можуть супроводжуватися ворожістю. За критеріями Его-ідентичності і типовим захистам прикордонна особистість більше схожа на психотическую, ніж на невротичну організацію характеру.

При правильно побудованій бесіді прикордонні клієнти демонструють розуміння реальності, тим самим відрізняючись від психотиків; здатні спостерігати свою патологію. Основна проблема полягає в амбівалентності почуттів, які вони відчувають до свого оточення. Це, з одного боку, бажання близькості, довірчих відносин, а з іншого - страх поглинання, злиття з іншою людиною.

Основний конфлікт пов'язаний з іншою стадією розвитку особистості за Е. Еріксону - автономія / сором (сепарація / індивідуація). Головна риса прикордонної особистості полягає в тому, що вони можуть майже одночасно демонструвати прохання про допомогу і відкидати її. Схоже, що діти з такою структурою характеру мають матерів, що перешкоджають відділенню або відмовляються прийти на виручку, коли вони потребують регресі, після досягнення самостійності. У прикордонній особистості спостерігаються діадичні об'єктні відносини.

Мета терапії, яка застосовується у відношенні до прикордонним особистостям - розвиток надійного, цілісного та комплексного відчуття себе клієнтом, розвиваючи здатність повноцінно любити інших, незважаючи на їхні недоліки. Здатність сприймати інтерпретацію захистів робить можливим застосування експресивної терапії. Її мета полягає у встановленні безпечних кордонів, терапевтичних рамок, які прикордонний пацієнт може порушувати; в демонстрації контрастних чуттєвих станів; в інтерпретації примітивних захистів (на відміну від невротиків, де реакція переносу прив'язується до деякої фігури минулого, у прикордонній особистості інтерпретація захистів проводиться з приводу даного, актуального моменту); в супервізуванні від пацієнта, тобто у зверненні до нього за допомогою.

Психотичний рівень організації особистості

Люди цього рівня спустошені, порушені, дезорганізовані. Ці особливості формуються під впливом ранніх обмежень Я і як наслідок формування у вже в дитинстві психотично преорганізованого Я. Психотичнопреорганізоване Я перетвориться або в невротично організоване Я, а потім в невроз, або в психотичне організоване Я і далі в психоз.

Психотики вдаються до примітивних довербальних, дораціональних механізмів захисту – втікання у фантазії, заперечення, знецінення, примітивні форм проєкції та інтроекції, розщеплення і дисоціації.

Ідентичність не інтегрована. Психотики відчувають великі труднощі у відповіді на питання "Хто Я?", Описуючи себе поверхнево, викривлено, примітивно.

Погано тестують реальність, заплутані і неадекватні. Інтерпретація висловлювань психотиків з приводу реальності може викликати екзистенційний жах, привести пацієнта до погіршення стану в порівнянні з початком терапії.

Природа основного конфлікту екзистенційна - життя або смерть, безпека чи страх. Це - проблема базової довіри або недовіри, викликана жорсткими установками батьків або невизначеними, хаотичними відносинами (наприклад, за наявності мазохистичної матері і садистичного батька). Для психотиков типові монадичні об'єктні відносини.

Основний вид психотерапії - підтримуюча техніка. Інтенсивний аналіз і експресивна психотерапія не застосовні. Обговорювання захистів і перенесення призведе до страху та недовіри. Терапевт демонструє надійність, доводить, що він - безпечний об'єкт (а не авторитетна постать, яка може "вбити"), веде себе відкрито, виконує просвітницьку функцію.

Описані рівні організації особистості важливі та мають бути враховані як в діагностичному, так і терапевтичному процесі.

Поступово в психоаналітичному співтоваристві на додаток до різниці між невротами і психозами стало з'являтися розрізнення ступеня порушення адаптації всередині невротичних категорій, а не просто типів психопатології. У розвитку порушень особистості, на противагу проявам невротичних реакцій на певні стреси, виділяються довгостроково існуючі патерни визначення, навчання і повторного підкріплення.

Термін "невротик" зараз закріплений за людьми настільки емоційно здоровими, що вони вважаються рідкісними і надзвичайно вдячними пацієнтами. За часів Фрейда цей термін застосовувався до більшості органічних, шизофренічних, психопатичних і афективних пацієнтів - до великої групи людей з емоційними порушеннями. Люди невротичного діапазону в ході терапії швидко демонструють здатність до того, що Стерба (Sterba, 1934) назвав "терапевтичним розщепленням" між спостерігає і відчуває частинами власного "Я".

Ставлення прикордонних пацієнтів до своєї власної ідентичності відрізняється від ставлення психотиків, незважаючи на їх подібність у відсутності інтеграції ідентичності, у двох аспектах. Прикордонні пацієнти можуть мати проблеми з ідентичністю, але вони знають, що така існує. Прикордонні клієнти, коли з ними правильно розмовляють, демонструють розуміння реальності, хоч би якими божевільними або кричущими не здавалися їхні симптоми.

Перенесення прикордонних клієнтів сильні, неамбівалентні і не піддаються інтерпретаціям звичайного типу. Терапевт може сприйматися або

як повністю поганий, або як повністю хороший. Відштовхуючись від ділення Крепеліна на здорових і хворих, через психоаналітичні концепції симптомів або неврозу характеру до сучасної системи нозології, що виділяє структуру невротичного рівня, прикордонну структуру і структуру психотичного рівня, терапевти намагалися пояснити різні реакції окремих клієнтів на спроби допомогти їм.

Наступна обставина, на яку слід звернути увагу при роботі з прикордонними клієнтами, пов'язана з формулюванням інтерпретації. З невротиками коментування має відбуватися не частіше, ніж це потрібно для підтримки уваги пацієнта (чим рідше, тим краще). Часто інтерпретується підґрунтя якогось конфлікту, коли пацієнт знає тільки про один бік почуттів. Прикордонні пацієнти часто будуть гнівно реагувати на встановлені терапевтом кордону, але в будь-якому випадку вони отримають наступну терапевтичну інформацію:

(1) терапевт розглядає пацієнта як дорослу людину і впевнений в його здатності впоратися з фрустрацією;

(2) терапевт відмовляється від того, щоб його експлуатували, і тому служить моделлю самоповаги

Невротика зазвичай є прекрасними кандидатами для психоаналізу або традиційних психоаналітично орієнтованих для "розкриття" методик. Потужне Его також робить їх сприятливими до інших засобів втручання. Пацієнти на симбіотично психотичному рівні нерідко потребують підтримуючої терапії, в якій серед іншого, наголошується небезпека, освіта і увага до впливів конкретних стресів. Пацієнтам, які знаходяться на прикордонному рівні, найкраще допомагає експресивна терапія - стиль роботи, при якому вирішальне значення мають встановлення меж відносин, необхідність позначення контрастних станів Его і інтерпретація примітивних захистів.

Переваги психоаналітичної діагностики пацієнта при плануванні лікування. Планування лікування - традиційне призначення діагностики. У цьому можна спостерігати схожість між психотерапевтичним "лікуванням" і медичним лікуванням, а в медицині діагностика і лікування нерозривно пов'язані. Іноді ця паралель проявляється в психотерапії, іноді - ні. Цінність гарного діагнозу очевидна у випадках, коли існує будь-якої специфічний, а значить, і загальноновизнаний підхід до лікування.

Прикладами можуть служити діагностика

алкоголізму і наркоманії (приписуваний підхід: індивідуальна терапія корисна, якщо на хімічну залежність виявляється прямий вплив згідно дезінтоксикаційній програмі);

органічних ушкоджень (приписуваний підхід: впливати по можливості на органіку і навчити пацієнта боротися з її проявами);

біполярних розладів (приписуваний підхід: індивідуальна терапія повинна бути підтримана медикаментозною);

порушення за типом множинної особистості (приписуваний підхід: при проведенні терапії слід приділити увагу всім проявам особистості і пам'ятати історію травми).

Але для проблем менш специфічної і складнішої природи зазвичай нічого іншого, крім тривалої терапії запропоновано бути не може.

Прогнозування

Той терапевт, який очікує від пацієнта з обсесивним характером такого ж прогресу, який можна досягти з пацієнтом, у якого раптово виникла обсесія, приречений на розчарування. Оцінка глибини і серйозності особистісних проблем корисна як для терапевта, так і для пацієнта. Категорії "Керівництва з діагностики і статистики психічних порушень" (DSM) Американської психіатричної асоціації іноді мають на увазі прогноз і інформацію про ступінь тяжкості розладу (організація по осях, наприклад, служить саме цієї меті), але іноді вони складені просто з урахуванням загальноприйнятої класифікації і не містять в собі ніякої інформації про те, чого можна очікувати від терапії.

Захист споживача

Сумлінна діагностика сприяє також етиці відносин терапевта або клініки і їх потенційних клієнтів. Ця якість діагностики виражається в правилі "правда краще брехні". На підставі ретельної оцінки можна сказати пацієнту, на що він може розраховувати, таким чином уникаючи нездійснених обіцянок і не вводячи його в оману. Лише небагатьох пацієнтів може збентежити ваше висловлювання, наприклад, що, з огляду на історію хвороби і поточний стан речей, від психотерапії можна очікувати незворотного і внутрішньо відчутного результату лише після тривалого проміжку часу. Складається враження, що клієнти, в основному, надихаються тим, що терапевт розуміє глибину їх проблеми і згоден пуститися в нелегкий шлях. Маргарет Літл (Margaret Little, 1990) відчула полегшення, коли аналітик, до якого вона прийшла на консультацію, зауважив: "Але ж Ви дуже хворі!" Тим же нечисленним клієнтам, які жадають чарівного вилікування і які не відчують бажання, або не мають можливості докладати зусилля, необхідних для серйозних змін, діагностика допоможе відмовитися від послуг терапевта, не витрачаючи ні свого часу, ні часу терапевта на пошук чудодійного зцілення.

Терапевт, незалежно від того, чи веде він самостійний прийом або працює в клініці, зобов'язаний інформувати своїх клієнтів про наявний у них вибір. Навряд чи етично сказати, наприклад: "Я практикую психоаналіз, і якщо ви хочете спробувати, приходьте в понеділок". Замість цього можна було б запропонувати: "Я думаю, що в ідеалі вам варто було б працювати над проблемою протягом довгого часу. Проблема не допускає швидкого вирішення. На жаль, ми не можемо дати те, що вам необхідно. Можна запропонувати наступні можливості, деякі з них можуть виявитися для вас корисними, але добитися бажаного результату в наших умовах, на жаль, неможливо".

Так само легко привести зворотні приклади. В епоху, яку іноді називають золотою епохою психоаналізу, багато людей відвідували психоаналітиків роками, в той час, як їм слід було б вдатися до медикаментозного лікування, відвідувати групу підтримки або вдатися до терапії паралельно з медикаментозним лікуванням. Ретельна діагностична оцінка зменшує ймовірність того, що людина витратить роки на відносини з професіоналом, від якого він не отримує нічого або майже нічого.

Встановлення емпатії

Термін "емпатія" останнім часом стерся і практично втратив свою змістовність. І все ж не існує іншого слова, яке означало б "відчувати разом з", а не "відчувати замість", що і становить внутрішню відмінність між емпатією і симпатією (або співчуттям, жалем, інтересом і подібними поняттями, які передбачають певну ступінь захисного дистанціювання від страждань людини). Слово "емпатія" часто використовують неправильно, маючи на увазі під ним тепле, підбадьорливе, схвалює ставлення до пацієнта незалежно від його емоційного стану. Але "емпатія" в його значенні, вказує на здатність емоційного сприйняття душевного стану клієнта.

Запобігання ухиленню від лікування

Питанням, тісно пов'язаним з встановленням емпатії, є утримання полохливих пацієнтів. Багато шукають допомоги професіонала, а потім лякаються того, що прихильність до психотерапевта може таїти в собі велику небезпеку. Наприклад, гіпоманіакальні пацієнти прагнуть розірвати відносини, як тільки у них виникає бажання бути залежними, оскільки попередній досвід залежності цих людей від інших закінчувався вельми погано. Люди, самоповага яких вимагає від них заперечення того, що вони потребують допомоги іншого, будуть прагнути раціоналізувати бажання теж ухилитися від лікування, як тільки сформується прихильність, оскільки вони відчують себе приниженими в час початку внутрішнього усвідомлення емоційної важливості для себе іншої людини.

Досвідчені діагности найчастіше знають під кінець інтерв'ю, чи мають вони справу з людиною, схильним до ухилення від лікування. Терапевт не тільки заспокоїть такого пацієнта, сказавши йому, як буде важко пройти курс лікування цілком, і показавши своє емоційне розуміння, але це також збільшить ймовірність того, що пацієнт встоїть перед спокусою кинути лікування.

Інші вигоди

Люди відчувають себе більш комфортно, коли інтерв'юер тримає себе з ними спокійно. Терапевтичні відносини матимуть кращий старт, якщо клієнт відчує інтерес терапевта, його відносний спокій, впевненість в тому, що відповідне лікування може бути розпочато відразу, як тільки пацієнт буде краще зрозумілий. Терапевт, який відчуває спокусу почати робити терапію без попереднього розуміння динаміки пацієнта і структури його характеру, піддає себе непотрібним хвилюванням, подібно шоферу з деяким почуттям напрямку, але без дорожньої карти. Пацієнт відчує це і почне сумніватися в компетентності лікаря. Такі відтворюючі себе цикли можуть призводити до всіх видів ятрогенних проблем.

Мабуть, одна з причин недовіри терапевтів до діагностики лежить в страху встановлення неправильного діагнозу. На щастя, первинний діагноз не повинен бути "правильним" для того, щоб реалізувати багато згадані переваги. Діагностична гіпотеза створює для інтерв'юера можливість сфокусованої діяльності при низькому рівні тривоги, незалежно від того, чи підтвердить подальший рух терапії цю гіпотезу чи ні. Більш того, професіонал може гнучко ставитися до формулювання, не втрачаючи уваги до самого процесу. Пацієнт найчастіше буде вдячний за те, що лікар уникає облуди і готовий уважно розглядати різні можливості.

Діагностичний процес також надає обом учасникам поле діяльності до тих пір, поки пацієнт не дізнається терапевта досить добре, щоб бути здатним самому говорити про свої проблеми без комфортуючих і структуруючих питань. Терапевти часом недооцінюють значення цього "інсталяційного" процесу. Найчастіше цей процес дає терапевту можливість отримати інформацію, яку йому було б важко отримати від пацієнта пізніше, коли розвиток сильних переносних реакцій може перешкодити вільному вираженню деяких тем. Наприклад, більшість дорослих можуть порівняно дружелюбно відповідати на питання, що стосуються їх сексуального досвіду, професіоналу, якого вони ще погано знають. Але як тільки терапевта починають сприймати як делікатну матусю, або повчаючого батька, слова починають даватися ой як не легко. Пізніше, по ходу терапії, у міру інтенсифікації перенесення, клієнт може згадати, що на одній з перших

зустріч з людиною, чийого засудження він зараз боїться, він вже ділився з ним різною інформацією інтимного плану, не викликаючи при цьому ні шоку, ні несхвалення. Контраст між сприйняттям терапевта під час діагностики та з часом зробить очевидним той факт, що перенесення дійсно є перенесенням (тобто, не дослівним прочитанням особистості терапевта). Цей інсайт може стати переломним для всього процесу психотерапії. І, нарешті, додатковою позитивною властивістю діагностики є те, що вона може допомогти психотерапевту зберегти самоповагу. Для того, щоб проводити ефективну терапію, потрібно перш за все займатися нею. Серед професійних труднощів у справі психіатричної допомоги можна назвати розчарування в результатах, занепокоєння з приводу невдач і короткочасний занепад сил. Ці процеси сильно прискорюються нереалістичними очікуваннями. Деморалізованість терапевта і його емоційна відчуженість мають далекосяжні наслідки не тільки для нього самого, а й для його пацієнтів, які знаходяться в залежності від нього.

Якщо відомо, скажімо, що чийсь депресивний пацієнт є прикордонним, а не невротичні депресивним, то ви не будете сильно здивовані, якщо протягом другого року лікування він зробить спробу самогубства. Як тільки у депресивних прикордонних хворих з'являється надія на зміни, вони часто починають панікувати і стають схильними до самогубства в спробі захистити себе від спустошення, яке б відбулося, якби вони дозволили собі повірити і були б болісно розчаровані ще однією важливою для них людиною. Проблеми, пов'язані з такого роду спробами самогубства, можуть бути осмислені, що принесе емоційне полегшення як терапевту, так і його пацієнту (фокус можливої інтерпретації включає згадане почуття небезпеки надії і згаданого розчарування, почуття провини по відношенню до об'єктів первісної прихильності за перенесення емоційних вкладів з них на терапевта, і пов'язані з цим фантазії, що цю провину слід спокутувати ритуальною спробою самогубства).

Для лікарів, що займаються в основному тривалим психоаналізом чи психоаналізом з відкритим кінцем, значення ретельної діагностики буде найбільшою в двох випадках:

- (1) на початку лікування, з причин згаданих вище, і
- (2) в періоди криз або застоїв, коли переосмислення структури особистості пацієнта може з'явитися ключем до ефективної зміни техніки. Як тільки терапевт починає "відчувати" свого пацієнта, прагнення мислити діагностично має відходити на другий план. Терапевт, стурбований лише тим, як би дати правильне діагностичне визначення своєму пацієнтові, буде

перевантажувати терапевтичні відносини атмосферою непотрібного інтелектуалізування.

Є люди, для яких існуючі діагностичні категорії в кращому випадку лише слабо відображають дійсний стан справ. Коли діагностичний висновок тільки ще більше затемнює, ніж прояснює стан справ, терапевту слід відкинути його і покладатися на здоровий глузд і на почуття міри, подібно до того, як загубився моряк відкидає марну навігаційну карту і веде корабель по кільком знайомим зірок. І навіть коли загальноприйняті діагностичні категорії добре підходять пацієнтові, існує таке широке різноманіття вимірювань, відмінних від рівня розвитку і способу захисту, що співпереживання і лікування може бути більш ефективним, якщо вони спираються на якісь з цих інших вимірів. Глибоко релігійні люди будь-якого типу потребуватимуть насамперед в тому, щоб терапевт продемонстрував повагу до глибини їх віри (див. Lovinger, 1984); методи, підказані діагностикою, будуть цінними, але другорядними. Також іноді буває більш важливо, принаймні, на першому етапі розвитку терапевтичних взаємин, враховувати емоційні особливості, пов'язані з віком, расової, етнічної та класової приналежністю пацієнта, а також фізичні обмеження, політичні уподобання, сексуальну орієнтацію, а не те, до якої діагностичної категорії він відноситься.

Оцінка структури особистості завжди є тимчасовою і не остаточною; постійна готовність переглянути початковий діагноз у світлі нових фактів є частиною оптимальної терапії. В ході лікування будь-якого окремого людського створення надмірна спрощеність, притаманна нашим діагностичним категоріям, виступає назовні з лякаючою ясністю. Люди набагато складніше, ніж це допускають наші діагностичні категорії. Отже, найвитонченіші оцінки особистості можуть стати перешкодою на шляху осягнення принципово важливих нюансів унікального матеріалу, що дається пацієнтом. Незважаючи на всі переваги діагностики, вона не повинна застосовуватися там, де в цьому немає необхідності.

В рамках психоаналітичної діагностики використовується структуроване інтерв'ю, що складається з 3 рівнів.

Рівні психоаналітичного інтерв'ю

1. Рівень отримання об'єктивної інформації, придатної для визначення логічних причинно-наслідкових зв'язків. Наприклад, аналітик може пов'язати виникнення депресії зі смертю одного з родичів, що аналізується.

2. Рівень отримання суб'єктивної інформації, на якому керуються принципом психологічної очевидності, прикладом її може служити, скажімо, впевненість пацієнта в тому, що його печаль пов'язана зі смертю дядька.

3. Рівень отримання ситуативної інформації, діючи на якому, психоаналітик вивчає поведінку пацієнта під час бесіди, що дозволяє йому визначити, до якого роду відносини несвідомо включає його пацієнт. Ті чи інші зовнішні ситуативні прояви цього - пацієнт може, наприклад, вести себе як дитина, благодати аналітика про допомогу, дивитися на нього з висока або намагатися схилити його до статевого акту - стануть лише тоді очевидні і для пацієнта, і для психоаналітика, коли обидва визначать, що саме один намагається "робити" з іншим, і що саме той "інший" з себе зробити дозволяє.

План, за яким оцінюється тип характеру, можна представити таким чином:

Провідні потягу, афекти, темперамент.

Адаптивна і захисна функції Я.

Об'єктні відносини або інтерналізований патерни взаємодії.

Суб'єктивний досвід власного Я: межі, цінності, сприйняття себе.

Прояв уявлень про себе у перенесенні і контр-перенесення.

Рекомендації до лікування.

Підстава для диференціального аналізу.

В ході інтерв'ю терапевт вирішує три важливі завдання: 1) дослідження суб'єктивного світу пацієнта; 2) спостереження за поведінкою пацієнта у взаємодії з ним; 3) увага до власних емоційних реакцій на пацієнта.

У таблиці 8.1. коротко охарактеризовано основні типи організації особистості, представлені в класичному керівництві по психоаналітичній діагностики Н. Мак-Вільямс.

Таблиця 8.1. Типологія організації особистості.

Типи організації особистості	Загальна характеристика	Конституційні і ситуативні чинники, драйви й афекти	Захисні та адаптаційні процеси	Об'єктні відносини	Особисте «Я»
Психопатичний антисоціальний	Потреба відчувати власний вплив на інших, маніпулювати ними, «піднятися над ними»	Вроджені тенденції до агресивності і до більш високого, ніж в середньому, порогу, що приносить задоволення збудження	Всемогутній контроль, проєктивна ідентифікація, дисоціація і відіграш зовні	Нестабільність, потурання, емоційне нерозуміння, експлуатація і іноді жорстокість	Грандіозне прагнення уникнути переживання слабкості і заздрості
Нарцистичний	Відчуженість і емоційна недоступність, схильність до експібіціоністського стилю поведінки, переоцінка власних достоїнств, фантазії про всемогутність, тенденції засудження інших при залежності від їх думок, глибинні почуття недостачі, нелюба і	Конституційно чутливі до невербальних емоційних повідомлень, що стосуються невиражених афектів, відносин і очікувань інших людей. Крім того, мають конституційно обумовлену недостатню здатність переносити агресивні імпульси. Головні емоції - сором і заздрість	Ідеалізація і знецінення, перфекціонізм.	Патерн «використовувати і бути використаним», покликаний врівноважувати самоповагу і відшкодувати завдані йому збитки	Почуття фальші, сорому, заздрості, внутрішньої порожнечі або незавершеності, каліцтва і неповноцінності або їх компенсаторні протилежності - самоствердження відчуття власної гідності, презирства, самодостатності, марнославства і

	обманутості				переваги
Обсесивний і компульсивний	Методичність, дисциплінованість, упіть, упертість, схильність до стримування і приховування, перфекціонізм, тенденції ритуалізації поведінки	Фиксованість на анальній стадії. Базовий афективний конфлікт - гнів (в стані під контролем), що бореться зі страхом (бути засудженим або покараним). Крім того, почуття сорому. Вроджені агресивність або дратівливість і, як наслідок, схильність к почуттям страху, сорому, заздрості і провини.	При обсесивній симптоматиці - ізоляція, при компульсивній - знищення зробленого. Крім того, в обох групах реактивні утворення, зміщення афекту	В сімейній історії простежується наявність надмірного контролю або явного його недолік. Об'єктні відносини сьогодення формальні і ритуалізовані	Визначають моральні принципи в термінах контролю, відчувають занепокоєння і «завмирають» в моменти вибору. Obsесивні особистості здійснюють саморегуляцію за рахунок «думання», компульсивні - «діяння». Самокритичні за справжні і уявні агресивні прояви.
Параноїдний	Підозрілість і недоброзичливість, похмурість і відсутність почуття гумору, схильність до утворення надцінних ідей	Вроджені агресивність або дратівливість і, як наслідок, схильність почуттям страху, сорому, заздрості і провини	Проекція і проєктивна ідентифікація, реактивні формування	Створювані в сімейній системі переживання загрози, приниження і механізм проєкцій, а також одержимо-тривожні послання в комунікації	Поперемінно безпорадно-вразливі і всемогутне-руйнівний, з постійною стурбованістю, що походить з глибинної крихкості ідентичності та

					самоповаги.
Істеричний	Товариські, з розвиненою інтуїцією і нестійкими емоціями люди, схильні потрапляти в драматичні ситуації. Високий рівень тривоги, напруженості і реактивності	Переважно у жінок, базові гіперчутливість та соціофільність, подвійна фіксованість оральної і Едіпової стадій, фрустрації, пов'язані зі статтю	Депресія, сексуалізація, регресія і дисоціація. Зрідка - реагування у формі прагнення до того, що викликає страх	Формування через неадекватне виховання батьками, що включає нарцистичні і спокушаючі послання, що повторюються в більш пізніх взаєминах і закріплені вимушеними повтореннями	Подання про себе як про маленького, недорозвиненого якому загрожує небезпека. Самооцінка затьмарена конфліктами щодо сексуалізуємих проявів сили
Шизоїдний	Базальна тривога з приводу безпеки, уникнення емоційно насичених і інтимних відносин з іншими людьми, фантазії про поглинання ними, схильність до уходу в світ уяви та символізму, ігнорування конвенціональних норм, життя	Можливі конституціональні складові - гіперсенситивність і супутнє уникнення стимуляції. Фіксованість на проблемах оральної стадії	Примітивна ізоляція, розщеплення Еґо, проекція, інтроекція і проєктивна ідентифікація, ідеалізація та обесцінювання	Патерн «наближення - уникнення», обумовлений таким типом ранніх сімейних взаємин, як одночасне співіснування депривації і вторгнення, а також суперечливою і дезорієнтуючою комунікацією «подвійного затиску»	Опозиційність, на суб'єктивно-хворобливу самотність прагнення до самовираження, пошук внутрішніх підтверджень власної оригінальності і унікальності, самокритичність

	позиція «спостерігача»				
Депресивний та маніакальний	Знижена енергетика при крайніх проявах депресії – неминаючий печаль, ангедонія, вегетативні порушення (проблеми з їжею, сном і саморегуляцією). При гипоманії - рухливість і енергійність, неймовірна працездатність, дотепність, висока соціальність	Депресія: переживання передчасної втрати (як зовнішньої, так і внутрішньої), фіксація на оральній стадії, несвідоме почуття провини, емоції надмірної печалі. Гипоманіакальність: високі збудливість, мобільність, переключення і товариськість. Фіксація на оральній стадії. Проблеми з вагою. Схильність до раптового і неконтрольованого прояву ненависті	Депресія: інтродекція, звернення проти себе і ідеалізація. Гипоманіакальність: заперечення (ігнорування тривожних подій), відреагування (у формі втечі) і знецінення. На психотичному рівні - всемогутній контроль	Втрата на стадії сепарації-індивідуації, неадекватне оплакування, батьківська депресія, емоційне насильство і нерозуміння	Депресія: глибинне переживання своєї «поганості» і вродженої деструктивності, глобальної винновності, вразливості. Гипоманіакальність: потреба перебувати в русі, боязнь прихильності до кого-небудь, страх дезінтеграції власного «Я», прагнення до чарівності оточуючих
Дисоціативний	Схильність до формування «множинної особистості», тобто. Дисоціації частин власного «Я».	Конституційний талант до самогіпнозу, часто співіснують з високим інтелектом, креативністю та соціофілією	Дисоціація	Вкорінені в глибокій психотравмі в дитинстві, не полегшеної за допомогою емоційної переробки	Фрагментоване, просочене паралізуючими страхами і самообвинувачуючи ми когнітивними

					структурами
Мазохістичний, саморуйнівний (self-defeating)	Постійне вираження скарг, перебування в життєвій ситуації страждання (часто добровільно), установки на самоушкодження і само-обесцінювання приховане бажання мучити інших своїми стражданнями	Має гендерну схильність (у чоловіків - до садизму, у жінок - до мазохізму). Пов'язаний з фіксацією на стадії оральної агресії. Почуття свідомої печалі і несвідомої провини, але можуть виникати також гнів, образа і обурення, так як ці люди вважають себе страждають незаслужено.	Інтроєкція, звернення проти себе, ідеалізація, відреагування зовне, провокація, умиротворення («Я вже страждаю, тому, будь ласка, утримайтеся від додаткового покарання»), ексгібіціонізм («Зверніть увагу: мені боляче»), уникнення почуття провини («Дивіться, що ви змусили мене зробити!») і моралізації	Ранній досвід з об'єктами, які недбало приділяли увагу зростаючій дитині або жорстоко поводитися з нею, зрідка висловлюючи співчуття, якщо дитина страждала	Можна порівняти з уявленнями про себе у депресивних особистостей, але без почуття обділеності. Регуляція самооцінки відбувається за рахунок стійкого терпіння поганого поводження

Перераховані типи характеру можуть виявлятися і у здорових людей, але на відміну від хворого, характер здорової людини не перешкоджає його психічному розвитку та адаптації. Так, обсесивна людина організовує своє життя навколо мислення: прагне до навчання, логічному аналізу, детального планування та прийняття здорових рішень. Патологічно обсесивна людина займається розумовою жуйкою, не реалізується в поведінці, нескінченно ходить по колу. Там, де "думання і роблення" стає рушійним психологічним мотивом і виникає диспропорція із здатністю слухати, грати, мріяти, відчувати, отримувати задоволення від творів мистецтва, ми маємо справу з обсесивно-компульсивною структурою особистості.

Зіставлення рівнів і типу особистісної організації визначає прогноз терапії, її види і стійкість результатів.

Контрольні питання для засвоєння теоретичних знань:

1. Рівні розвитку організацій особистості
2. Переваги психоаналітичної діагностики пацієнта при плануванні лікування
3. Планування лікування
4. Недоліки встановлення діагнозу при первинному інтерв'ю
5. Типи організації особистості
6. Конституціональні та ситуативні фактори, драйви, афекти типів особистості.
7. Захисні адаптаційні процеси типів організації особистості
8. Об'єктні відносини у різних типів особистості

Джерела інформації:

1. Кохут Х. Анализ собственного "Я". — М.: Наука, 2000.
2. Куттер П. Современный психоанализ. — СПб.: БСК, 1997. 1
3. Мак-Вильямс Н. Психоаналитическая диагностика-М.класс,1998.
4. Томэ Г., Кехеле Х. Современный психоанализ. — М.: Класс, 1999.
5. Фрейд З. Введение в психоанализ: Лекции. — М.: Наука, 1990.
6. Фрейд З. О клиническом психоанализе: Избр. соч. — М.: Медицина, 1991.
7. Фрейд З. Психоанализ, религия, культура. — М.: Ренессанс, 1992.
8. Бреннер Э. Элементарный учебник психоанализа. — СПб.: Наука, 1999.

9. Блум Геральд. Психоаналитические теории личности. — М.: КСП, 1996.
10. Браун Дэннис, Педдер Джонатан. Введение в психотерапию. Принципы и практика психодинамики. — М.: Класс, 1998.
11. Гринсон Ч. Техника и практика психоанализа. — М.: Класс, 1998.