МІЖРЕГІОНАЛЬНА
АКАДЕМІЯ УПРАВЛІННЯ ПЕРСОНАЛОМ

МАУП

Ярослав Багрій

ПСИХОАНАЛІЗ

Навчальний посібник

Київ
ДП «Видавничий дім «Персонал»
2017

Рецензенти: *Н. В. Хазратова* — д-р психол. наук, проф. каф. загальної, вікової та пед. психології КУ ім. Бориса Грінченка
Ю. В. Онишко — к-т мед. наук, ст. наук. співроб., доц. каф. управління охороною здоров'я НМАПО ім. П. Л. Шупика
Ю. В. Руль — д-р мед. наук, доц. завкафедри мед. психології і психокорекції ІСНіС МАУП

Схвалено Вченою радою Міжрегіональної Академії управління персоналом (протокол № 1 від 29.01.14)

Багрій, Ярослав

Психоаналіз: навч. посіб. / Я. Т. Багрій. — К.: ДП "Вид. дім "Персонал", 2017. — 138 с. — Бібліогр. : с. 135–137.

ISBN 978-617-02-0171-3

У навчальному посібнику розкрито уявлення про метод і техніки психоаналізу, подано основні засади для психоаналітичної діагностики і терапії — рівні та форми особистісних порушень і способи психокорекційної роботи з ними.

Для студентів-психологів (практичних та медичних).

© Я. Т. Багрій, 2017
© Міжрегіональна Академія управління персоналом, 2017
© ДП "Видавничий дім "Персонал", 2017

ISBN 978-617-02-0171-3

ЗМІСТ

Вступ 5

1. Топографічна та структурна модель особистості Зигмунда Фрейда 7

Індивідуальна психологія Альфреда Адлера 9

Аналітична психологія Карла Густава Юнга 10

Его-психологія Еріка Еріксона 10

2. Розвиток особистості: стадії психосексуального розвитку особистості З. Фрейда і психосоціального розвитку особистості Е. Еріксона 12

3. Механізми психологічного захисту 17

4. Теорія об'єктних стосунків 24

5. Селф-психологія 31

6. Его-психологія 35

7. Рівні розвитку організації особистості 38

Характеристика структури особистості невротичного рівня 39

Межовий рівень особистісної організації 41

Характеристики структури особистості психотичного рівня 45

8. Типи організації характерів 48

Антисоціальна (соціопатична) особистість 48

Нарцистична особистість 53

Істеричні особистості 57

Депресивні особистості 60

Маніакальні особистості 65

Шизоїдна особистість 67
Параноїдна особистість 71
Обсесивно-компульсивні особистості 75

9. Основні аспекти психоаналітичного первинного інтерв'ю 80

10. Психоаналітичні школи і їхній внесок у практику аналітичної терапії 86
Основи об'єктної психології по Зигмунду Фрейду 86
Ранні об'єктні відносини за Мелані Кляйн 89
Підходи Рональда Фейрберна, Мікаела Балінта і Дональда Віннікотта 90
Підхід Хайнца Хартманна 93
Концепція Едіт Якобсон 95
Концепції сепарації–індивідуації Маргарет Малер 101
Підхід Отто Кернберга 105
Результати нових досліджень новонароджених грудних дітей 108
Концепції психічного розвитку Георга Ліхтенберга 110
Концептуалізація самості Даніела Н. Штерна 113
Теорія прив'язаності 115
Трансактний аналіз як метод психотерапії 117
Дитячий психоаналіз та ігрова психоаналітична терапія 120
Моделі аналітичної психотерапії як системи впорядкування 129

Післямова 133
Список рекомендованої літератури 135

Ви нічого не можете зробити, навчаючи людину.
Ви можете лише допомогти їй відкрити це в собі.
Г. Галілей

ВСТУП

Класичний психоаналіз Фрейда, індивідуальна психологія Адлера, аналітична психологія Юнга, теорія об'єктних стосунків Кляйн, теорія сепарації–індивідуації Малер, груповий психоаналіз та групова психоаналітична психотерапія — це далеко не весь перелік шкіл і напрямів психоаналізу, які використовують у своїй роботі сучасні психологи і психотерапевти. Чому їх так багато і для чого необхідно не просто вивчити прізвища їхніх засновників, а й ретельно розглянути теорію кожної школи, перш ніж розпочати власну практику? Тому що наспіх перегорнувши літературу, як правило, загальні короткі описи методик і прикладів роботи з клієнтом, у кращому випадку можна отримати лише поверхневі знання з предмета, що неприпустимо у психології, тим паче у психотерапії.

Як провести первинну консультацію (інтерв'ю), як спланувати курс лікування або спілкування? Які техніки терапевтичного втручання у конкретному випадку можна застосовувати, а які не можна? Що таке вербальні та невербальні засоби і, врешті-решт, яким повинен бути сам консультант, щоб з перших же хвилин спілкування з клієнтом створилася дружньодовірлива атмосфера, без якої всі зусилля психолога будуть марними? І не менш важливо правильно провести психоаналітичну психодіагностику, інакше є ризик допустити серйозну помилку, наслідки якої можуть стати фатальними.

Відповіді на ці питання можна знайти в навчальному посібнику, в якому детально описані теорії всіх поширених шкіл психоаналізу з детальною розробкою кожного етапу консультації та прикладами, взятими автором з особистої практики.

Але і цього може виявитися недостатньо, оскільки опис всіх реальних життєвих ситуацій неможливо знайти на сторінках

посібника. Щоб попередити подібну проблему, консультанту-початківцю необхідно отримати власний досвід психоаналізу чи психодинамічної психотерапії та якийсь час "постажуватися", спостерігаючи і по змозі беручи участь у роботі більш досвідченого колеги.

Процес вивчення та осягнення таємниць психології тривалий і дуже складний, а тому потребує не тільки маси часу, а й здатності майбутнього консультанта без особистих симпатій чи антипатій ставитися до кожної людини, бути неупередженим, абстинентним, гуманним і толерантним. А це означає — дати собі раду з такими емоціями, як відраза, роздратування, гидливість. Кожен клієнт повинен насамперед викликати щирий інтерес і прихильність психолога незалежно від зовнішності, одягу, манери поведінки, сфери діяльності, статусу та минулого.

Чи можна отримати всі ці знання, осягнути всі нюанси професії, зрозуміти значення і важливість кожного сказаного слова, кожного руху чи поведінки, перегорнувши сторінки цього видання, в якому стисло дається інформація, подекуди скорочена і сотні разів переписана основоположниками і апологетами психоаналізу? Ні. Без академічної підготовки, без планомірного, поетапного навчання під наставництвом досвідчених психологів, психотерапевтів і педагогів таке завдання непосильне людині, яка не має відповідної освітньої бази.

На жаль, в Україні дуже мало вишів, у яких серед числа базових дисциплін для практичних і медичних психологів викладають психоаналіз. МАУП був першим і залишається провідним у цьому. Працівники кафедри медичної психології і психокорекції, на якій читаються "Основи психоаналізу" та "Клінічний психоаналіз", вважають, що однією із найбільш структурованих і завершених на сьогодні є психоаналітична модель особистості і психопатології, яка, внаслідок закритості пострадянського суспільства, залишалася малодоступною для більшості українських психологів. Цим посібником ми намагаємося заповнити існуючий вакуум, допомагаючи студентам-психологам в освоєнні психоаналізу як науки, методу пізнання себе й інших та психотерапії.

1. ТОПОГРАФІЧНА ТА СТРУКТУРНА МОДЕЛЬ ОСОБИСТОСТІ ЗИГМУНДА ФРЕЙДА

Наприкінці XIX — у першій половині XX ст. Зигмунд Фрейд зробив переворот в уявленні про людину. Піддавши сумніву панівне місце свідомості у психічному житті людини, він порівняв її з верхівкою айсберга, заявивши, що поведінка людини мотивується підсвідомими силами. Термін "психодинамічний" вказує на протиріччя і взаємодію різних інтрапсихічних сил, що в кінцевому результаті і визначають особливості психічного функціонування людини: від елементарних перцептивних процесів і аж до складних поведінкових актів. З точки зору цього підходу особистість — це динамічна конфігурація процесів, які перебувають у нескінченному конфлікті, і їх взаємодія визначає неповторну сукупність (комбінацію) психічних якостей людини як особистості.

Про які ж протиріччя інтрапсихічних сил (інтрапсихічний конфлікт) йдеться? Для відповіді на поставлене питання необхідно звернутись до деяких положень вчення З. Фрейда, одним з яких є уявлення про **топографічну модель особистісної організації**. Відповідно до цієї моделі у психічному житті можна виділити три рівні: свідомість, передсвідоме і безсвідоме. Рівень **свідомості** — це відчуття і переживання, які людина усвідомлює в даний момент часу. Свідомість охоплює тільки незначний процент інформації, яка зберігається в мозку. **Передсвідоме** (інформація, доступна пам'яті) включає досвід, що недоступний свідомості в даний час, але за певних обставин може спонтанно чи при вольових зусиллях знову досягти рівня свідомості. Найбільш глибока і значуща сфера людського досвіду — **безсвідоме** — є вмістилищем примітивних інстинктивних потягів, емоцій і спогадів, які є настільки загрозливими для свідомості, що на

ранніх етапах онтогенетичного розвитку були витіснені у сферу безсвідомого (травми раннього дитинства, приховані ворожі почуття до батьківських постатей і подавлені сексуальні бажання).

Інтрапсихічний конфлікт означає протиріччя між основними елементами психічного апарату людини, який, згідно зі структурною моделлю особистості З. Фрейда, включає Ід-Его і Супер-Его. **Ід** (воно) означає вроджені, інстинктивні аспекти особистості (їжа, сон, дефекація, копуляція). Будучи примітивним і архаїчним (спільним для людини і тварин) у своїй основі, Ід є вільним від будь-яких обмежень, виражає первинний принцип біологічного функціонування і забезпечує розвиток і виживання біологічних систем. Ід функціонує у відповідності із принципом негайного задоволення тієї чи іншої базової біологічної потреби, до яких З. Фрейд відніс потребу у насолоді і агресії (первинний процес за Фрейдом).

Із багатьох інстинктів З. Фрейд як основні виділив два: інстинкт життя і смерті. Перший забезпечує підтримання життєво важливих процесів і виживання біологічного виду. В ієрархії інстинктів життя автор психоаналізу у своїй тріб-теорії на найвищий рівень поставив сексуальний інстинкт, який, власне, забезпечує збереження виду. Лібідо — психічна енергія, яка, за Фрейдом, знаходить розрядку винятково через сексуальну поведінку. Більш складним для розуміння є інстинкт смерті (танатос, або мортідо). На основі вивчення законів термодинаміки науковець дійшов висновку, що будь-яка енергетична система "прагне спокою" (відновлення рівноваги), а оскільки абсолютний спокій — це смерть, тому цей інстинкт отримав назву інстинкту смерті.

В найбільш явному вигляді функціонування Ід видно на прикладі поведінки маленьких дітей, які нездатні подавляти інстинктивні потреби і при незадоволенні проявляють агресію (незадоволення). З появою здатності відкладати задоволення цих потреб (оскільки їх негайне задоволення вступає в протиріччя з навколишнім світом) з'являється друга структура особистості — Его. **Его** (Я) — компонент психічного апарату, який відповідає за прийняття рішень, задоволення потреб Ід у відпо-

відності з обмеженнями навколишнього життя. Це досягається на основі індивідуального досвіду, знань і вмінь, тобто Его використовує когнітивні і перцептивні стратегії для задоволення основних потреб і функціонує у відповідності із принципом реальності. Використовуючи силу логічного мислення (вторинний процес за Фрейдом), Его має здатність спрямовувати поведінку так, щоб інстинктивні потреби задовольнялись безпечним для індивіда шляхом.

Третьою структурою психічного апарату людини є **Супер-Его**, яке являє собою інтерналізовані образи батьків, суспільні норми і стандарти поведінки (морально-етичні основи особистості). У стосунках між Ід, Его і Супер-Его постійно існує енергетичне напруження, зумовлене неможливістю (виходячи із реальної ситуації і морально-етичних стандартів) негайного задоволення потреб Ід, що, власне, і означає інтрапсихічний конфлікт.

Індивідуальна психологія Альфреда Адлера

Ще за життя З. Фрейда з його думкою про те, що поведінка людини визначається винятково інстинктивними силами, не погоджувались багато вчених, але тільки Альфред Адлер і Карл Густав Юнг змогли створити завершені теорії, які значно відрізнялися від фрейдівського розуміння людини. Відмінною особливістю теорії А. Адлера було його розуміння соціальної сутності людини. "*Individuum*" в перекладі з латини означає "неподільний". Науковець спирався на те, що жодний прояв життєвої активності не можна розглядати ізольовано. Індивідуум являє собою неподільне ціле як відносно взаємозв'язку між тілом і мозком, так і відносно психіки і соціального середовища. Адлер розглядав життя, як активне прагнення до досконалості, як рух в напрямку особистісно значимих життєвих цілей. Усе життя людини проходить у соціальному контексті, і сутність людської природи можна осягнути лише через розуміння соціальних стосунків. У кожної людини є соціальний інтерес. Одним із ключових в теорії Адлера є поняття почуття (комплексу) неповноцінності і компенсації — потягу до переважання — як головної мотиваційної сили розвитку.

Аналітична психологія Карла Густава Юнга

К. Г. Юнг — найпотужніша постать із тих, хто відділився від З. Фрейда. Головне в аналітичній психології Юнга: зміст підсвідомого — це щось більше, ніж подавлені сексуальні і агресивні імпульси, як вважав З. Фрейд. Люди мотивовані інтрапсихічними силами, походження яких іде в глиб історії еволюції (психіка сучасної людини як пласти історії людства). Інша розбіжність з Фрейдом — у розумінні сексуальності і її ролі в мотивації людської поведінки. Якщо за Фрейдом лібідо — це в основному сексуальна енергія, то за Юнгом — це дифузна творча життєва сила. Як і Адлер, Юнг заперечував точку зору Фрейда стосовно того, що "головний мозок — додаток до статевих залоз".

Розуміння Юнгом особистості — найбільш складне, неортодоксальне і полемічне. За Юнгом, особистість складається з трьох структур: его, особистого безсвідомого і колективного безсвідомого. Его є основою нашої самосвідомості, завдяки йому ми бачимо результати своєї свідомої діяльності; особисте безсвідоме вміщує конфлікти і спогади, які усвідомлювались, але тепер є подавленими і забутими; колективне безсвідоме — вмістилище латентних слідів пам'яті людства і навіть його предків. Це духовний спадок людства, який відродився у структурі мозку людини.

Юнг висловив гіпотезу, що колективне безсвідоме складається з первинних психічних образів — "архетипів" (первинних моделей), які є основою специфічно людського способу сприйняття, переживання і реагування (тобто загальнолюдські стереотипи реагування при зустрічі з родичами, іншими людьми, небезпекою тощо).

Основні архетипи: персона — те, як ми себе уявляємо; тінь — витіснена тваринна сутність людини; аніма — безсвідомий аспект жіночості у чоловіків; анімус — безсвідомий аспект чоловічості у жінок; самість — "ядро особи".

Его-психологія Еріка Еріксона

Після З. Фрейда з'явились дослідники, які змістили акцент у вивченні психіки з Ід на Его (Его-психологія). Одним з них

був Еріка Еріксон. На його думку, Его — структура особистості, основним завданням якої є соціальна адаптація, і будь-який психічний феномен можна зрозуміти з точки зору взаємодії біологічних і соціальних факторів. На відміну від З. Фрейда, він вважав, що розвиток особи триває ціле життя і спрямований на досягнення почуття ідентичності. Усі люди, за Еріксоном, проходять вісім універсальних стадій розвитку (епігенетичний принцип розвитку).

Питання для самоконтролю

1. З чого складається топографічна модель особистісної організації?
2. Яка структурна модель особистості була запропонована З. Фрейдом?
3. Що таке тріб-теорія (теорія драйвів або потягів)?
4. У чому полягають відмінності теорій А. Адлера, К. Г. Юнга та Е. Еріксона?

2. РОЗВИТОК ОСОБИСТОСТІ: СТАДІЇ ПСИХОСЕКСУАЛЬНОГО РОЗВИТКУ ОСОБИСТОСТІ З. ФРЕЙДА І ПСИХОСОЦІАЛЬНОГО РОЗВИТКУ ОСОБИСТОСТІ Е. ЕРІКСОНА

Відповідно до психодинамічних постулатів людина не народжується особистістю: генотип є ґрунтом, на основі якого у взаємодії із соціальним середовищем формується особистість. З. Фрейд описав чотири 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 у процесі проходження нею основних фаз психосексуального розвитку. У випадку **фрустрації** (незадоволення) основних потреб або **гіперопіки** (надмірного задоволення), відбувається **фіксація** (затримка) на цій 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-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, радше сформується **орально-пасивний тип особистості** — веселий і оптимістичний, який чекає від навколишнього світу "материнського" ставлення 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 дає змогу малюку виражати своє незадоволення покусуванням материнських грудей. Фіксація в цій частині розвитку може лежати в основі формування **орально-агресивного (садистичного) типу особистості** з характерним для нього цинічним ставленням до всього довкілля і саркастичним "покусуванням" інших. У дорослому віці існує велика кількість проявів оральної поведінки: переїдання, куріння, алкоголізація або вже згадувані цинізм і сарказм тощо. Збереження певного тяжіння до орального задоволення — нормальне явище, патологічним воно стає у випадку, якщо оральні форми поведінки є домінантним способом ослаблення напруження.

На відміну від З. Фрейда, Е. Еріксон вважав, що розвиток особистості відбувається протягом цілого життя у вигляді восьми стадій психосоціального розвитку. У своїх працях Еріксон заклав основи Его-психології. Одним із найважливіших доповнень Еріксона до теорії Фрейда стала заміна назв ранніх стадій розвитку з метою модифікації фрейдівського біологізму.

Перша стадія психосоціального розвитку людини, за Еріксоном, — перший рік життя — отримала назву малюкової і 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. Йдеться про кількість їжі і прояви материнської ніжності, а радше 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 — як небезпечний і загрозливий.

Відповідно до 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: 1) надмірна вимогливість батьків до дитини щодо охайності і надмірна твердість у привчанні до горщика і, як результат, — протест дитини проти такої непластичної поведінки і схильність до "затримки" випорожнення. У випадку фіксації цього поведінкового патерна 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); 2) інші батьки схильні надмірно використовувати позитивне підкріплення (гіперопіка) регулярного спорожнення кишківника, нагороджуючи дитину похвалою, що може лежати в основі надмірного контролю за своєю поведінкою у дорослому віці.

Друга стадія психосоціального розвитку, за 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 проявлятись як форма турботи, а з другого — як деструктивна форма силового привчання до чистоти і охайнос-

ті, що викликає протест і агресію щодо 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 йдеться 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 статева ідентифікація, діти схильні досліджувати свої статеві органи, мастурбувати, проявляти зацікавленість статевими стосунками дорослих. Основним конфліктом цього періоду є комплекс Едіпа (у дівчаток — комплекс Електри), пов'язаний із несвідомим бажанням дитини оволодіти батьківською фігурою протилежної статі і усунути фігуру однієї з ним статті. **Фалічні типи** прагнуть добиватися успіху (успіх означає символічну перемогу над батьківською фігурою протилежної статі) і постійно доводити свою статеву зрілість (донжуанство). У жінок фіксація на фалічній фазі розвитку призводить до схильності фліртувати, вносити елемент еротичності в будь-які стосунки (сексуалізація).

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

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

Наступна стадії розвитку, за Фрейдом, — **латентний період** (5–6 років до початку підліткового віку) — характеризується сексуальним затуханням. Лібідо в цьому періоді сублімується у різні види інтелектуальної і творчої активності, що пояснюється як фізіологічними змінами в організмі в цей час, так і формуванням Его і Супер-Его.

Зрілою, за Фрейдом, є людина, яка досягла генітальної стадії розвитку (з моменту досягнення статевої зрілості до смерті). В цей час відновлюються сексуальні і агресивні потреби. **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 віку, коли любов, безпека і комфорт легко досягались, нічого не вимагаючи натомість. Зріла людина повинна вміти працювати, відкладати задоволення, проявляти тепло і турботу про інших та брати на себе відповідальність у вирішенні життєвих проблем.

Згідно з концепцією 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.

Питання для самоконтролю

1. Які стадії розвитку проходить особистість згідно з моделлю, запропонованою З. Фрейдом?
2. Які стадії розвитку проходить особистість згідно з моделлю, запропонованою Е. Еріксоном?
3. У чому полягають основні відмінності між психосексуальним і психосоціальним розвитком особистості?

3. МЕХАНІЗМИ ПСИХОЛОГІЧНОГО ЗАХИСТУ

Стратегічним "завданням" будь–якої біологічної системи є підтримка стану динамічної рівноваги (гомеостазу). Остання досягається завдяки функціонуванню механізмів адаптації, які можуть здійснюватись на біологічному, а у складних системах з високорозвиненою психікою — і на психологічному рівнях. У 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 зі 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: 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 власно-

го “Я” і навколишнього середовища і викликані страхом злиття з об’єктом, тоді як зрілі захисти працюють з розмежуванням Его, Супер-Его й Ід, з межами свідомого, передсвідомого і безсвідомого, а також із внутрішніми межами спостерігаючого і переживаючого Его. Примітивні захисти діють загальним, недиференційованим способом у цілому сенсорному просторі індивіда, тоді як більш розвинені 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-чого 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’єкта, так і відчуття вищості іншого зі 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.

Усі ми заперечуємо, розщеплюємо і прагнемо до всемогутності, але більшість з нас доповнює ці реакції більш склад-

ними способами переробки тривоги і прийняття складної реальності, яка лякає. 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, інтроекцію, проективну ідентифікацію, розщеплення.

Ізоляція (аутистичне фантазування, втеча у фантазії) являє собою відмежованість (ізоляцію) від соціальних та міжособистісних ситуацій із 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 з 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 їхнього 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, які 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’язаними, оскільки проявляються в різних станах “Я”. Так, всемогутній контроль проявляється як переживання власної всемогутності, помпезності з відчуттям можливості контролювання всього навкруги. Витоки цього захисту криються в періоді “первинного нарцисизму”, коли дитина сприймає власне “Я” і навколишній світ як одне ціле. Примітивна ідеалізація створює абсолютно відірвані від реальності образи доброти і всемогутності та 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 їхні похідні.

Проекція, інтроекція і проективна ідентифікація — захисти, які є проявом недостатності розмежування між власним “Я” і оточенням.

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

Інтроекція — процес, при якому зовнішнє помилково сприймається як внутрішнє. Як правило, інтроекція лежить в основі ідентифікації із значимим іншим, що у дітей означає — "значимий дорослий".

Проективна ідентифікація — має кілька 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 проективної 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 з первинною теорією драйвів (потягів) витіснення являє собою усунення зі 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 ім-

пульси репресією, необхідно, щоб вона досягла 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 справляється зі 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 би був постійно налаштований на співчуття до фізичної болі пацієнтів. Часто ми пам'ятаємо події, що є важкими для нас, але вже не супроводжуються яскраво вираженим болем, тому 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 у 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 пробачено...", "я все легко можу виправити".

Зміщення — передбачає переспрямування афекту з одного об'єкта на інший, менш загрозливий (чоловік, якого принизив начальник, прийшовши додому, нагримав 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 для самоконтролю

1. До чого прагне особистість, яка вдається до захисних механізмів?
2. У чому полягають відмінності між примітивними та зрілими формами психологічних захистів?
3. Які є примітивні психологічні захисти?
4. Які є зрілі психологічні захисти?

4. ТЕОРІЯ ОБ'ЄКТНИХ СТОСУНКІВ

Поява теорії об'єктних стосунків значною мірою 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, відмінної від запропонованої класичною теорією драйвів.

Важливими попередниками теорії об'єктних стосунків були Мелані Кляйн і Гаррі Стек Салліван. В подальшому важливий внесок в її розвиток зробили Дональд Віннікотт, Рональд Фейрберн, Отто Кернберг, Маргарет Малер, Джеймс 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, залежно 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 домінуючим захисним реакціям "Я", скільки тому, які об'єкти були важливими у світі дитини, як вона їх переживала, як ці об'єкти і їх емоційні аспекти були інтерналізовані (увнутрішнені) дитиною, і як їх увнутрішнені 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 у цій теорії.

Поняття "об'єкт" було введене ще Фрейдом у 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 меха-

нічність, 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'єкта" і "внутрішньої репрезентації даного об'єкта". Річ у тім, що діти, особливо малюки, можуть неправильно сприймати важливі сімейні фігури і їх мотивації та берегти 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 залишити.

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 різний ступінь усвідомлення і визнання людиною їх 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 зінтегрована структура, а "Я", яке заперечує і роз'єднує широкий спектр прагнень, потреб та бажань, погано виконує адаптивні функції. Йдеться 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 з цією точкою 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, посідаючи 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 радше — відображення недостатності певної суб'єктивної цінності, яка символізується сексуальною активністю.

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

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 оточення діяти згідно з власним уявленням про образи дитинства. В такому разі 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 докладати певні зусилля, які реалізуються у формі примітивних захистів, таких як заперечення, розщеплення, проекція та проективна ідентифікація. З огляду на зазначене, 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 та, яка може сприяти розвитку дитини. М. 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 й 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 мати — яка

“кутає” свою дитину, бере її на руки не тоді, коли це потрібно дитині, а тоді, коли вона сама прагне розради. Така поведінка матері гальмує у дитини відчуття себе як окремого від матері індивіда. З іншого боку, є мати, 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 через те, що мати хоче її залишити чи нехтує нею.

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

У процесі сепарації–індивідуації основна роль батька полягає у компенсації негативного досвіду дитини через позитивні стосунки з матір’ю і дитиною.

Фази сепарації–індивідуації

У 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 задовольнила 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 власні зусилля, направлені на задоволення потреб, і реакцію матері на його потреби. Ця стадія має 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 та вважає себе і її єдиною могутньою системою зі спільними кордонами щодо навколишнього світу: коли мама годує його, він вважає материнські груди чимось, що належить йому, частиною свого власного тіла, що годує себе. Таким чином, коли матір не задовольняє потреб малюка, він сприймає своє "Я" як травмуюче і зле.

Базовим негативним переживанням цього періоду є страх втрати об'єкта, а основним механізмом психологічного захисту є конфлюенція (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 навколишнього світу відповідає, власне, цій фазі.

Приблизно у п'ятимісячному віці починається фаза *сепарації–індивідуації*. Першою субфазою цього процесу є *диференціація*, яка триває приблизно з п'ятого до десятого місяця 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 намагається переконатися, що мама поруч.

З десятого до чотирнадцятого місяця життя дитини триває наступна субфаза — *тренування,* або *практики* (*practicing*), яка полягає у 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 зв'язків,* чи *повторного зближення* (*rapprochement*) триває з чотирнадцятого до двадцять четвертого місяця життя дитини. Деякі види психопатології, зокрема межовий розлад особистості та харчові розлади, такі як булімія, беруть початок у цей період.

Під час повторного зближення дитина починає краще усвідомлювати свою окремість від матері, і внаслідок 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 навпіл — коли мама хороша, в дитини створюється образ хорошої матері, якій не притаманні жодні негативні риси, коли ж мама погана, їй не властиво нічого доброго. Так само дитина розщеплює і свій образ — "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 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 впродовж всього процесу сепарації, проте якщо в цей період у

дитини надто мало позитивного досвіду для того, щоб у подальшому інтегрувати образ себе та образ об'єкта 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 статевих відмінностей та початки статевої ідентифікації.

Емоційно стабільне та цілісне сприйняття дитиною себе та об'єкта досягається під час останньої підфази процесу сепарації–індивідуації, яка триває протягом 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 уже відділених часткових образів інтегрується цілісне "Я" та цілісний образ об'єкта як моделі навколишнього світу.

У подальшому на основі зінтегрованого образу "Я" та "об'єкта" відбувається формування психічних структур Ід, Его, Супер-Его. Ід формується в результаті усувань зі свідомості репрезентацій стосунків з об'єктом, які загрожують інтерперсональному досвідові. Супер-Его формується одночасно з Ід в основному з нереальних, ідеальних образів себе та об'єкта, 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, у свою чергу, дає можливість приймати зовнішні події такими, якими вони є, чітко відмежовуючи внутрішні події від зовнішніх.

Питання для самоконтролю

1. Хто є основними теоретиками теорії об'єктних стосунків?
2. Що означає поняття "об'єкт" у теорії об'єктних стосунків?
3. Що означає поняття "хороша матір" у теорії об'єктних стосунків?
4. Як і у якій послідовності проходять фази сепарації–індивідуації?

5. СЕЛФ-ПСИХОЛОГІЯ

Основною одиницею дослідження селф-психології є не індивід як окрема система, а поле взаємодій, в межах яких індивід виростає, прагне налагодити взаємини і виразити себе. Розум складається з конфігурації стосунків: переживання людини в будь-який момент — це завжди наслідок її минулого і стосунків з тим, з ким вона спілкується в цей момент. Навіть тоді, коли людина перебуває сама, її переживання в своїй основі складаються зі стосунків, а це означає, що людина емоційно одною ніколи не буває. Зміст, який надає людина тій чи іншій своїй дії, завжди випливає з її минулих і теперішніх взаємодій, і все, що робить, вона завжди співвідносить з іншими, важливими для себе людьми, навіть якщо їх поряд немає.

Засновником селф-психології вважають Хайнца Кохута. Спочатку його праці розглядались як продовження розробки моделі Фрейда, та й сам Кохут намагався включити потяги до своєї розробки теорії "Я". Проте з часом Кохут дійшов висновку, що особистість розвивається у двох напрямах: один веде до зрілості Его, так, як розумів цей термін Фрейд, а другий — до зрілості власного "Я" (селф) — області, що не має чіткого визначення. Деякі аналітики і раніше вдавались до психологічних досліджень "селф" з різних позицій, проте Кохут додав один визначальний момент до цих досліджень — він показав, що вроджений нарцисизм є важливою частиною "селф" і описав його у вигляді окремої лінії розвитку всередині особистості.

Кохут розвинув аспект фрейдівської концепції нарцисизму, що, власне, і дало змогу йому остаточно відійти від теорії потягів і висунути концепцію "селф". До Кохута нарцисизм вважався патологічним станом, при якому людина, наче міфічний Нарцис, котрий милувався своїм відображенням у лісному озері, розглядає своє тіло і свою індивідуальність як центр всесвіту і як єдиний критерій цінності.

Кохут зрозумів, що такий стан являє собою аберацію (викривлення), по суті, нормального процесу і що проходження через етап нарцисизму — це здоровий і необхідний етап зростання. Кожному малюкові необхідно на певний час відчути себе центром всесвіту, інакше внутрішня пустота призведе до нарцистичної жаги визнання, котра пізніше переросте в дефект особистості.

Кохут вважав, що нормальний нарцисизм формує ядро "селф".

У перший рік життя малюк відчуває себе фрагментовано і неузгоджено. На другому році життя через реакцію важливих для нього вихователів він починає виробляти організоване ядерне відчуття себе. Вихователь породжує це відчуття, виконуючи функції, які сам малюк виконати не може. Найважливіший спосіб підтримки дитини в період становлення — емпатія. Матір своїми реакціями дає зрозуміти дитині, що її "Я" — унікальне і неповторне, яке слід розуміти і на яке слід реагувати. Матір також підтримує розвиток "селф" у дитини, допомагаючи їй регулювати напруження, забезпечуючи основні її потреби.

Кохут акцентує увагу на трьох нормальних нарцистичних процесах, які є вирішальними в розвитку "селф". Перший з них — віддзеркалення, при якому малюк дивиться на матір і бачить себе відображеним у її погляді. При стосунках віддзеркалення дитина ніби говорить: "Ти бачиш мене чудовою. Значить, я — чудова". Спостерігаючи свої позитивні якості в материнських очах, дитина відчуває свою самоцінність.

Другий нормальний нарцистичний процес — ідеалізація, котрий починається з упізнавання дитиною своїх батьків чи інших близьких людей. У цьому випадку властивості власного "селф" — доброта, досконалість, всемогутність, значимість — проектуються на близьку людину так, що дитина ніби говорить: "Я бачу тебе чудовою і знаходжусь поряд з тобою, значить, я існую і також чудова". Якщо дитину розвиває і заспокоює людина, яку вона ідеалізує, то це укріплює в дитині відчуття власного "Я" і самоповагу.

Третій процес — уподібнювання. Дитина має велику потребу у відчутті подібності з іншими людьми і відчутті приналежності до них. Ставши дорослими, ми переживаємо цю потребу, коли із задоволенням будуємо дружні стосунки з людьми, в яких знаходимо подібні до власних риси.

Спочатку ці три процеси забезпечуються близькими людьми, яких Кохут назвав селф-об'єктами. Але ці люди не завжди можуть здійснювати нарцистичну регуляцію. Так, недостатності емпатичного відображення не уникнути — матір може бути зайнята, а батько втомлений, і вони не зможуть приділити достатньої уваги. З іншого боку, якщо матір буде завжди безперестанно забезпечувати емпатичне відображення, то дитина ніколи не навчиться брати цю функцію на себе. При оптимальному розвитку періодична фрустрація дає змогу дитині навчитись забезпечувати себе самопідтримкою. Інколи, коли матір відсутня, дитина може змоделювати емпатичну реакцію матері і "поговорити" внутрішньо сама з собою, ніби з матір'ю. Використовуючи термін Кохута, можна сказати, що відбувається "перетворююча інтерналізація", при якій функція підтримки перебудовується всередину і стає частиною "селф".

З часом дитина, інтерналізувавши стосунки з селф-об'єктами, вже може сама забезпечувати процеси віддзеркалення, ідеалізації та потребу в подібності. Таким чином формуються три полюси "селф" — дзеркальний, ідеальний та альтер-полюс. Кохут зв'язував ці полюси "електричною дугою" базових навичок і талантів, за допомогою яких індивід намагається протягом свого життя підтримувати баланс між прагненням до індивідуальних цілей і життям у згоді з суспільними ідеалами і цінностями, які визначають сенс життя.

Кохут стверджував, що успішний розвиток "селф" може забезпечуватись будь-яким з полюсів. Наприклад, якщо матір не змогла забезпечити достатнього емпатичного віддзеркалення, то здоровий ідеалізуючий процес з батьком все ж може забезпечити такий прояв відчуття "селф", що буде достатнім для виникнення відчуття реальності і мотивацій. Якщо один полюс функціонує нормально, то дефекти іншого можуть бути ви-

правлені пізніше. Якщо ж всі полюси мають дефект, то наслідком можуть бути симптоми, які і спостерігав Кохут на практиці, — відчуття нереальності, спустошення, відсутність сенсу життя — оскільки в цьому випадку відсутня внутрішня структура "селф", яка може забезпечити відчуття самооцінки.

Кохут встановив, що дефекти "селф" стають помітними у психоаналітичному процесі при трьох ситуаціях переносу, що і є практичним підтвердженням теорії. При дзеркальному переносі пацієнт вважає, що терапевт у захваті від нього, і таким чином компенсує свій дефект самооцінки. При ідеалізуючому переносі пацієнт бачить аналітика майже ідеальним, а згодом починає відчувати власну цінність як результат стосунків з терапевтом. При близнюковому переносі пацієнт фантазує, що він і аналітик деякою мірою є рівноправними партнерами, які разом вирішують проблеми.

Питання для самоконтролю

1. Хто є основоположником селф-психології і у чому полягає його внесок у психоаналіз?
2. Що означає поняття "нарцисизм" у селф-психології та які є нарцистичні процеси?
3. Яка основна функція матері в селф-теорії?
4. Що означає нормальний і патологічний нарцисизм, у чому полягає різниця?

6. ЕГО-ПСИХОЛОГІЯ

Продуктивна робота Анни Фрейд привела до того, що предметом дослідження стала та частина психіки, яка відповідає за переробку конфліктів. Це, звичайно, призвело до зміщення уваги з неусвідомлених потреб (трібів), зокрема, сексуальних та агресивних. Анна Фрейд разом з Хайнцем Хартманном і Рудольфом Левенштейном продовжила розробку теорії, що була вперше висвітлена у статті Фрейда "Я і Воно", де розглядалась структурна теорія Воно, Я і Супер-Я.

В Его-психології "Его" — це структура, завданням якої є посередництво і досягнення компромісу між потребами реальності і потребами психічних структур. Его функціонує згідно з принципом реальності. Це структура, яка відповідає за вторинний процес мислення — послідовного, логічного, орієнтованого на пізнання реальності. Его має як свідомі, так і безсвідомі аспекти. Свідомий — це те, що ми називаємо "власним Я", а безсвідомий включає в себе здебільшого захисні механізми.

Захисні механізми, які були вперше широко описані Анною Фрейд, прийняті у психоаналітичних колах без особливих заперечень — це значна і невід'ємна частина функціонування Его. Вони забезпечують його цілісність, борючись із тривогою, яка виникає внаслідок конфліктів "Ід" — "Супер-Его" — "реальність".

Таким чином, Его має дуже широкий діапазон дій — від глибоко безсвідомих (наприклад, примітивні емоційні реакції на події, які блокуються потужними первинними захистами) до повністю усвідомлюваних. Умовно можна назвати свідому і раціональну його частину "спостерігаючим Его", а більш внутрішню і чуттєву — "переживаючим Его". Ці два поняття випливають, радше, з розуміння того, що відбувається у психоаналітичному процесі, ніж з теоретичних розмірковувань. Проте вони уможливлюють ввести поняття Его-синтонний і

Его-дистонний, які характеризують відношення людини до певних частин "власного Я". Так, одні люди можуть переживати свою проблему як таку, що не заслуговує на увагу і яку не слід розглядати критично (его-синтонно), тоді як інші мають потребу в позбавленні від проблеми і переживають її, як щось чуже (его-дистонно). Такі дві позиції визначаються ступенем розвитку "спостерігаючого Его".

Его розвивається протягом цілого життя. У новонародженого воно відсутнє і диференціюється тільки під впливом зовнішнього середовища. У процесі розвитку досягається певна "сила Его". Під цим терміном розуміється вміння приймати реальність навіть тоді, коли вона дуже неприємна, не застосовуючи примітивних захистів, таких як заперечення.

Функції Супер-Его концентруються навколо моральних цінностей. Самокритика і формування ідеалів — це прояви його функціонування. Супер-Его в собі носить засвоєні стандарти суспільства, куди входять батьківські настанови в інтерпретації дитини, і ідеали, які формуються в самої людини.

Супер-Его є нащадком батьків не тільки як джерело погроз і покарань, а й як гарант захисту і любові. Хороше чи погане його ставлення є так само важливим, як у минулому — ставлення батьків.

Із заснуванням у дитини Супер-Его зазнають змін різні психічні функції. Тривога частково трансформується у почуття провини. Замість очікування небезпеки ззовні (втрата любові, страх кастрації) з'являється внутрішнє представництво цих загроз. Функція підтримки нарцистичної рівноваги шляхом задоволення чи незадоволення нарцистичних потреб також переходить до Супер-Его.

Перехід від контролю батьків до Супер-Его є основою для встановлення незалежності. Самоповага регулюється вже не стільки схваленням чи звинуваченням ззовні, а здебільшого — відчуттям правильності чи неправильності зробленого. Узгодженість з потребами Супер-Его приносить таку ж насолоду, яку в минулому дитина отримувала від зовнішніх об'єктів любові.

Супер-Его є близьким за значенням до поняття “совість”, сприймається нами як окрема структура, але це — частина Его, точніше, деякий його варіант з більш вузькою сферою функціонування. Внаслідок більш пізньої інкорпорації в Супер-Его зовнішнього світу воно зберігає наближеність до нього — часто люди керуються у своїй поведінці не тільки тим, що вони самі вважають правильним, а й тим, що на їхню думку про це подумають інші. Супер-Его і об’єкти, які репрезентують вимоги, не завжди чітко розрізняються. Функції Супер-Его легко переносяться на нові авторитети (ретроекція).

Так само, як і Его, Супер-Его має свідому і несвідому частини. Свідома частина входить до області “власного Я”. Значна несвідома його частина — це джерело ірраціональної, неузгодженої з реальністю суворості.

Ід — частина психіки, яка містить примітивні бажання, імпульси, ірраціональні потреби, комбінації “страх — бажання” і фантазії. Вона шукає тільки швидкого задоволення і абсолютно “егоїстична”, функціонуючи згідно з принципом задоволення. В когнітивному плані вона є довербальною і виражає себе в символах і образах. Ід — дологічне, не має уявлення про час, мораль, обмеження і про те, що протилежності не можуть бути реалізовані одночасно. Воно функціонує у рамках первинного процесу мислення.

Ід — повністю безсвідоме, але його існування і влада виявляється в дериватах думок, дій і емоцій.

Питання для самоконтролю

1. Хто є основними представниками Его-психології?
2. Що означає поняття “Его” в Его-психології?
3. Як люди переживають проблеми відносно власного “Я”?
4. Які основні функції Ід, Его та Супер-Его?

7. РІВНІ РОЗВИТКУ ОРГАНІЗАЦІЇ ОСОБИСТОСТІ

Сутність структури характеру не може бути усвідомлена без розуміння двох різних і взаємодіючих один з одним вимірів — рівня розвитку особистісної організації і захисного стилю всередині цього рівня. Перший вимір відображає рівень індивідуації пацієнта чи ступінь патології (психотичний, межовий, невротичний, "нормальний"); другий — визначає тип характеру людини (параноїдний, депресивний, шизоїдний тощо).

Хоча більшість аналітичних діагностів зараз розглядають етапи розвитку дитини з меншим акцентом на драйви (потяги), відрізняючись цим від Фрейда, психоаналітики ніколи серйозно не піддавали сумніву три його положення: 1) існуючі психологічні проблеми є відображенням своїх новонароджених попередників; 2) взаємодії в ранні роки створюють шаблон більш пізнього сприйняття життєвого досвіду, і ми несвідомо розуміємо його у відповідності з категоріями, які були важливі в дитинстві; 3) ідентифікація рівня розвитку особистості — це кардинально важлива частина нашого розуміння характеру людини.

Класичний поділ психічних порушень Еміля Крепеліна на неврози і психози не витримав перевірки часом. Не дивлячись на певні протиріччя, сучасні психодинамічні підходи дають змогу розглядати людей, схильних до психотичних форм реагування, як психологічно фіксованих на ранній симбіотичній фазі онтогенетичного розвитку; людей з межовим рівнем організації слід описувати в термінах їх стурбованості проблемами сепарації–індивідуації, а людей з невротичною структурою можна зрозуміти в термінах едіпової стадії розвитку. Відмінності між невротичним, межовим і психотичним рівнями організації характеру будуть приведені в кількох аспектах: захист, якому надається перевага, рівень інтеграції ідентичності, адек-

ватність тестування реальності, здатність спостерігати свою патологію, природа основних конфліктів і особливості переносу і контрпереносу, а також те, як ці абстракції проявляють себе в особливостях поведінки і спілкування у контексті первинного інтерв'ю чи в ході лікування. Про **перенос** ми говоримо в контексті відтворення людиною попереднього досвіду шляхом проекції назовні внутрішніх конфліктів з втягненням в них лікаря, що супроводжується емоціями, які часто не мають нічого спільного з реальною особою лікаря, а **контрпереносом** ми називаємо реакцію-відповідь лікаря на перенос пацієнта.

Характеристика структури особистості невротичного рівня

У континуумі рівнів особистісної організації "психотичний — межовий — невротичний" останній стосується найбільш емоційно здорових людей. В роки Фрейда цей термін застосовувався до більшості неорганічних, нешизофренічних, непсихопатичних і неманіакально-депресивних пацієнтів. Багато людей, яких Фрейд описував як особистостей, які мають невроз або його симптоми, були межової організації, а у деяких були періоди психотичної декомпенсації.

Люди, особистість яких зараз була б описана психодинамічно орієнтованими спостерігачами як організована на невротичному рівні, опираються в основному на більш зрілі захисти, або захисти другого порядку. При цьому вони використовують також і примітивні захисти, які не є дуже помітними на фоні їх загального функціонування і проявляються здебільшого лише в період надзвичайного стресу. **Хоча наявність примітивного захисту не виключає діагнозу структури характеру невротичного рівня, відсутність зрілого захисту виключає його.** Зокрема, було відмічено, що більш здорові люди використовують **витіснення** в якості свого основного захисту, віддаючи йому перевагу порівняно з менш диференційованими способами вирішення конфліктів, такими як заперечення, розщеплення, проективна ідентифікація й інші архаїчні механізми.

Крім того, особистості із здоровішою структурою характеру володіють високоінтегрованим почуттям ідентичності (Е. Еріксон, 1968). Їхня поведінка є досить несуперечливою, а їхньому внутрішньому досвіду властива безперервність особистого "Я" в часі. Коли їх просять описати себе, вони не відчувають труднощів і відповідають без ускладнення. Вони здатні в загальному описати свій темперамент, цінності, смаки, звички, переконання, чесноти і недоліки разом з відчуттям своєї довготривалої стабільності. Коли їх просять описати інших важливих людей — батьків чи близьких — їхні характеристики в більшості бувають багатогранними і повними.

Особи невротичного рівня зазвичай знаходяться в надійному контакті з тим, що більшість людей називає "реальністю". Вони не тільки не знайомі із галюцинаціями чи маніакальними інтерпретаціями досвіду (за винятком впливу органіки, хімії або посттравматичних ретроспекцій), а й також вражають інтерв'юера чи терапевта порівняно незначною потребою у неправильному з метою асиміляції, розуміння речей. Пацієнт і терапевт суб'єктивно живуть в одному і тому самому світі. Звичайно, терапевт не відчуває жодного емоційного тиску, який примушує його заради задоволеного погляду на життя дивитися на нього через викривлені лінзи. Деяка частина того, що спонукало невротичного пацієнта до необхідності звернутися по допомогу, розцінюється ним самим як дивне. Іншими словами, більшість психопатологій для людей з невротичною організацією є Его-дистонними або стають такими у процесі роботи.

Другий важливий аспект диференціального діагнозу між невротичними і менш здоровими людьми — природа їх труднощів. Історії пацієнтів, їхня поведінка в ситуації інтерв'ю, як помічено раніше, свідчать про їх більш-менш успішне проходження перших двох стадій (за Е. Еріксоном) — базової довіри і базової автономії — і показують, що вони зробили кілька кроків у напрямку до третьої стадії: ними придбані відчуття ідентичності й ініціативності. Пацієнти шукають терапії не через проблеми, пов'язані з небезпекою чи ідеями впливу, а через те, що є втягнутими в конфлікт між своїми бажаннями і тими

перешкодами, які, як вони підозрюють, є справою їхніх власних рук. До цієї групи застосовано такі зауваження Фрейда: справжньою метою терапії є усунення перешкод до любові і роботи, що притаманні цій групі. Деякі пацієнти невротичного рівня, крім того, також хочуть розвивати свою здатність бути на самоті і здібність до гри.

Переживання у присутності людини, яка знаходиться на більш здоровому краю континууму патології характеру, є приємними. Відповіддю на наявність у пацієнта здорового спостерігаючого Его стає відчуття терапевтом міцного робочого альянсу. Нерідко з моменту першої зустрічі з невротичним клієнтом терапевт відчуває, що знаходиться з пацієнтом по один бік барикади, їхнім загальним ворогом є проблематична частина пацієнта.

Межовий рівень особистісної організації

Вже наприкінці XIX ст. деякі психіатри помітили, що існує група пацієнтів, які заселяють "межову землю" між здоров'ям і хворобою. В середині XX ст. почали з'являтись ідеї про особистісну організацію, яка передбачає існування проміжної зони між неврозами і психозами.

У середині 50-х років XX ст. наростає невдоволення обмеженнями моделі невроз–психоз. Багато спеціалістів, зокрема аналітиків, скаржились на пацієнтів, які, здавалося, мали порушення характеру, але в дуже дивній хаотичній формі. Оскільки вони рідко або ніколи не говорили про галюцинації чи маячню, їх не можна було назвати психотичними, але, водночас, в них не було стабільності і передбачуваності, властивої пацієнтам невротичного рівня; вони здавалися порушеними на більш глибокому і незрозумілому рівні, ніж невротичні. По ходу психоаналітичного лікування ці пацієнти ставали тимчасово психотичними, але за дверима кабінету спостерігалась дивна стабільність їхньої нестабільності. Іншими словами, вони були надто нормальними, щоб вважатися божевільними, і надто ненормальними, щоб вважатися здоровими.

Терапевти почали пропонувати нові діагностичні визначення, які охоплювали б властивості людей, що живуть на межі між невротичними і психотичними порушеннями характеру, і у 1980 р. термін "межовий" став достатньо легітимним, щоб з'явитись у третьому виданні DSM (DSM–III Американська психіатрична асоціація, 1980). Та все ж, навіть на сьогодні, межовий розлад особистості часто використовується як сміттярка, куди скидаються всі незрозумілі і надто складні для дослідження випадки.

Значною мірою теоретичного сенсу багатьом клінічним дослідженням щодо межового розладу особистості надала теорія об'єктних стосунків. Згідно з цією теорією у третій фазі (від восьми–дев'яти місяців до трьох років життя дитини), яку М. Малер назвала фазою "сепарації–індивідуації", пізнання матері стає ключовим пунктом роз'єднання "Я" від "не-Я" і дає змогу дитині вивчити часткові прояви самої себе і навколишнього світу. В цьому віці пізнання світу переходить від тактильної перцепції до зорової, яка надалі дає можливість розпізнавати об'єкти. Сепарація образу "Я" є дуже травматичною, позаяк тягне за собою усвідомлення власної ворожості стосовно матері та материнської ворожості стосовно себе — базовим негативним переживанням є страх втрати любові об'єкта. Тому якщо позитивного досвіду надто мало, а негативного — надто багато, то від'єднання стає неможливим. Якщо позитивного досвіду достатньо, то сепарація відбувається спочатку в рамках позитивного досвіду, а потім — негативного, що забезпечується механізмом психічного захисту — розщепленням. Якщо в цій фазі мати (опікун) різко зменшує кількість позитивного ставлення до дитини або не приймає від'єднання дитини, а також дитячої агресії стосовно себе, тоді дитина не може зінтегрувати свій образ "Я" з часткових образів "доброго" і "злого" "Я" і образ "об'єкта" з часткових образів "об'єкта" як моделі навколишнього світу. **Цей стан і є причиною формування межового розладу особистості.** В цій фазі ключова роль батька полягає у компенсації негативного досвіду стосунків з матір'ю через позитивні стосунки з матір'ю та дитиною.

Розглянемо тепер основні характеристики осіб межового рівня організації особистості.

Той, хто деякий час працював з особами межового рівня, мав можливість спостерігати дивну, на перший погляд, поведінку пацієнтів — чим ближче лікар емоційно наближається до пацієнта, тим більше він наражається на агресію та "відштовхування", та чим далі віддаляється — тим більше у пацієнта бажання наблизитись. Складається враження, що пацієнт прив'язаний до лікаря "на пружині" (чим більше розтягнення, тим більша сила притягання). Це і є яскравим проявом проблеми "сепарації–індивідуації". Така поведінка дуже виснажує лікаря, можна сказати "розхитує", не дає можливості залишатись стабільним у своїх почуттях щодо пацієнта.

Яскравою рисою характеру людей з межовою організацією є використання ними примітивних захистів. При інтерпретації примітивних захистів межових осіб вони на деякий час стають спокійнішими і більш відкритими для емоційного реагування навіть тоді, коли заперечують висновки лікаря, в той час як психотики, навпаки, демонструють ще більшу тривогу і замкнутість. Тому варто спробувати давати неболючі інтерпретації вже при першому інтерв'ю, використовуючи його як діагностичний критерій. Наприклад, пацієнтка вперто заперечує всі висновки лікаря, навіть найочевидніші, і коли лікар вказує їй на це, вона знову заперечує з явними проявами злості. Проте через деякий час вона говорить: "Ви знаєте, я, напевно, так дуже часто роблю і в житті — відкидаю, навіть не дослухавши".

Крім того, межові пацієнти і схожі, і відрізняються від психотиків у сфері інтеграції ідентичності. Їхнє відчуття власного "Я" наповнене протиріччями і непевністю. Їм важко описати себе чи рідних, і тому найчастіше вони говорять: "Я — алкоголік і все", або "моя мама — як кожна мама, добра".

Якщо порівняти відношення до своєї ідентичності межових пацієнтів з невротичними та психотичними, то можна сказати, що невротики описують себе і близьких повно і багатогранно, а психотики часто виявляють екзистенційний жах та втрату відчуття цілісності при одній лише спробі описати себе.

Ще однією цікавою рисою межових пацієнтів є тестування реальності — вони можуть явно нагадувати психотиків своєю поведінкою, в них може бути навіть виражена яскрава симптоматика, проте вони демонструють розуміння реальності при відповідно побудованій розмові і, навпаки, при непрофесійній провокації вони можуть видатись повністю відірваними від реальності, нібито "зашореними".

Проблеми межових пацієнтів є Его-синтонними, на відміну від проблем невротиків, тобто проблема (чи хвороба) є частиною "Я" людини. Інколи можна пофантазувати, що конфлікт вріс в "Я", і часто ці люди говорять про страх втрати себе при вирішенні конфлікту. Відсутність критичної оцінки себе, неможливість спостереження за собою в поєднанні з адекватним відчуттям реальності є дуже характерною рисою межових пацієнтів.

З іншого боку, при нерегресивних станах ці люди можуть видатися не особливо проблемними і навіть розцінюватися як невротичні. І тільки при тривалій роботі виявляється їх межова структура. Першим передвісником цього, як правило, є таке: коли лікар намагається провести необхідну інтервенцію, вона сприймається як напад. Іншими словами, лікар хоче знайти контакт зі спостерігаючим "Я", якого немає у пацієнта, і він тільки відчуває, що окремі частини його "Я" зазнають критики. При спробі створити робочий альянс лікар завжди зазнає поразки.

Переноси межових пацієнтів сильні, неамбівалентні і не піддаються звичайним інтерпретаціям. Лікар сприймається або як повністю хороший, майже ідеальний, або як повністю поганий і непрофесійний. Також характерною є зміна ставлення до лікаря залежно від того, в якому психічному стані перебуває пацієнт: сьогодні терапевт гідний наслідування, а завтра він вартий тільки ганьби. Контрпереноси з межовими пацієнтами є сильними і розхитуючими. Навіть тоді, коли вони не негативні, вони виводять з рівноваги і лікар докладає значних зусиль, щоб втримати нейтральність. Було помічено, що навіть у стаціонарах медперсонал чітко розмежовується у своєму ставленні до такого пацієнта: одні демонструють співчуття і розуміння,

інші — злість і агресивність. Межові пацієнти ніби розщеплюють середовище навколо себе. В терапевтичних групах це проявляється сварками і може призвести навіть до розвалу групи.

З огляду на зазначене, можна зробити висновок, що основним завданням лікаря в роботі з межовими пацієнтами є спроба "тамувати внутрішні бурі" і нормалізувати ставлення до навколишнього світу.

Характеристики структури особистості психотичного рівня

На психотичному краю спектра — люди найбільш внутрішньо спустошені і дезорганізовані. Тих пацієнтів, які, поза сумнівом, знаходяться у стані психозу, діагностувати неважко: вони проявляють галюцинації, безладність мислення, маячні ідеї тощо. Але попри те є багато людей, які характерологічно знаходяться на психотичному рівні організації, хоча їх внутрішній безлад не помітний на поверхні, якщо вони не є під сильним стресом.

По-перше, важливо розуміти захисти, які використовують психотичні особистості. Це поринання у фантазії, заперечення, тотальний контроль, примітивна ідеалізація і знецінення, примітивні форми проекції і інтроекції, розщеплення і дисоціація. Ці захисти довербальні і дораціональні; вони захищають психотичну особистість від архаїчного страху, настільки всепоглинаючого, що навіть лякаючі викривлення, що створені самими захистами, здаються меншим злом.

По-друге, люди, особистість яких організована на психотичному рівні, мають настільки великі складнощі з ідентифікацією, що є не повністю впевненими в особистому існуванні. Ще менше вони вважають своє життя задовільним. Вони глибоко розгублені на рахунок того, хто вони такі. Ці пацієнти зазвичай вирішують такі базові питання самовизначення, як концепція тіла, віку, статі і сексуальної орієнтації. Запитання: "Звідки я знаю, хто я такий?" або навіть: "Звідки я знаю, що я існую?" не є чимось незвичайним для людей з психотичною організацією. Ними вони переймаються цілком серйозно. Вони також

не можуть покладатися на досвід інших як на досвід особистої безперервності. Коли їх просять описати самих себе чи інших важливих для них людей, їхні описи зазвичай бувають незрозумілими, поверховими, надто формальними чи очевидно викривляючими.

Часто майже невловимо з'являється відчуття, що пацієнт з психотичним рівнем особистісної організації не укорінений в реальності. Хоча більшість людей має залишки магічних уявлень ("Бог вирішив послати дощ, тому що я забув парасолю"), глибоке дослідження покаже, що подібні погляди для психотичних особистостей не є Его-дистонними. Вони зазвичай є дуже далекі від загальноприйнятих в їх культурі уявлень "реальності" або повністю заплутані в них. Хоча ці люди можуть надприродно бути сприйнятливими до стимулів, які лежать в основі ситуації, вони часто не знають, як інтерпретувати їх значення.

Ранні психоаналітичні формулювання, що стосуються труднощів, з якими стикаються психотичні особи при прогнозуванні наслідків своїх помилкових уявлень про реальність, підкреслювали енергетичний аспект дилеми, говорячи про те, що вони витрачають забагато енергії на боротьбу з екзистенціальним жахом і тому для оцінки реальності їм вже не вистачає сил. Моделі Его-психології підкреслювали відсутність у психотичних особистостей чіткої внутрішньої різниці між Ід, Его, Супер-Его, а також різниці між спостерігаючим та переживаючим аспектами Его. Дослідники психозів, натхненні теоріями об'єктних відносин, міжособистісної та селф-психології, посилаються на порушення меж між внутрішнім та зовнішнім досвідом, а також на дефіцит базової довіри, який робить занурення у світ невизначеності, в якому перебуває інтерв'юер, суб'єктивно занадто небезпечним для психотика. Можливо, повне пояснення відсутності у психотиків "спостерігаючого Его" включає в себе усі ці елементи, а також деякі конституційні, біохімічні, ситуаційні та травматичні аспекти. Тим, хто хоче допомогти цим людям, слід розуміти, що у потенційних чи явних психотиків близько до поверхні знаходяться смертельний страх та жахливий хаос.

Природа основного конфлікту потенційно схильних до психозів людей є дійсно екзистенціальною: життя чи смерть, існування чи знищення, безпека чи страх. Їхні сни наповнені жахливими образами смерті та руйнування. "Бути чи не бути" — їхня постійна тема. Вивчення сімей шизофреніків виявило патерни емоційних комунікацій, в яких психотична дитина отримала приховані повідомлення про те, що вона є не окремою особистістю, а продовженням когось іншого.

Як не дивно, з пацієнтами, чия структура належить до психотичного рівня, контрперенос терапевта часто досить позитивний. Природа цього хорошого почуття відрізняється від того, що характеризує контрпереносні реакції з клієнтами невротичного рівня. Зазвичай відносно психотиків з боку терапевта суб'єктивно відчувається більша могутність, батьківський протекціонізм та глибша душевна емпатія, навіть ніж до невротиків (разюче контрастною групою тут є популяція межових пацієнтів). Психотичні пацієнти відчайдушно потребують основних людських стосунків та отримання надії, що хтось зможе полегшити їх нещастя, і тому будуть вдячні та прихильні до кожного терапевта, який зробить щось більше, ніж почне просто діагностувати та лікувати їх. Вдячність психотиків розчулює.

Люди з психотичними тенденціями особливо цінують щирість терапевта. Психотичні пацієнти також поціновують просвітницькі зусилля терапевта, спрямовані на нормалізацію або перетворення їх упереджень. Така схильність, разом зі схильністю до примітивного злиття та ідеалізації, може примусити терапевта відчути свою силу та прихильність до пацієнта.

Питання для самоконтролю

1. Що означає рівень розвитку організації особистості?
2. Яка характеристика структури особистості невротичного рівня організації?
3. Яка характеристика структури особистості межового рівня організації?
4. Яка характеристика структури особистості психотичного рівня організації?

8. ТИПИ ОРГАНІЗАЦІЇ ХАРАКТЕРІВ

Ця частина побудована так: 1) обговорення потягів, афектів і темпераменту кожного типу особистості; 2) адаптивна і захисна організація Его; 3) патерни об'єктних стосунків, які сприяють розвитку цього типу характеру, стають інтерналізованими і повторюються як "скрипти"; 4) переживання власного "Я" (self-репрезентації — усвідомлення і несвідомі способи сприйняття індивідом самого себе і підтримка самоповаги); 5) прояви інтерналізованих уявлень про себе й інших у переносі і контрпереносі та їх повторювані взаємини; 6) за можливістю окреслимо "життєві цикли" кожного типу особистості.

Антисоціальна (соціопатична) особистість

Люди, чиї особистості структуровані вздовж соціопатичної лінії, поділяються від вкрай психотично дезорганізованих, імпульсивних, садистичних людей та ввічливих, витончених, чарівних особистостей, які здійснюють злочини на вищих рівнях системи управління.

Потяги, афекти та темперамент. Така особистість має базову нездатність до людської прихильності, організуючий принцип дисоціальної особистості полягає в тому, щоб обдурити, "кинути" всіх або свідомо маніпулювати іншими.

Генетичні, нейрохімічні і гормональні дослідження вказують на деяку ймовірність існування певного біологічного субстрату для підвищеного рівня афективної хижацької агресії, яка спостерігається в антисоціальних особистостей.

При діагностиці постійно виявляється знижена реактивність автономної нервової системи, і цей факт є поясненням постійного прагнення таких людей до гострих відчуттів і їхньої очевидної нездатності "навчатись через досвід". Можна сказати, що антисоціальні особистості мають вроджені тенденції до

агресивності і до більш високого порога збудження, яке приносить задоволення.

Що стосується основних почуттів, то їх дуже важко визначити через те, що антисоціальні особи не здатні виражати словами свої емоції. Замість того, щоб говорити, вони переважно діють. Коли ці люди дійсно щось відчувають, то це, напевно, або сліпа ненависть, або ж гарячково-радісний настрій, азарт.

Захисні й адаптаційні механізми. Основним захистом антисоціальних людей є **всемогутній контроль**, поряд з яким вони використовують **проективну ідентифікацію**, велику кількість тонких **дисоціативних процесів** та **відреагування назовні (*action aut*).**

"Переступати через" інших (та принижування всього) — ось основне джерело задоволення людей, які переважно використовують всемогутній контроль. Для таких осіб цінність інших людей зводиться до їхньої корисності, яка визначається згодою терпіти знущання (потиличники). Ця особливість відображає відому відсутність совісті у соціопатів, описану Робертом Джонсоном, що свідчить не тільки про дефективне Супер-Его, а й про відсутність первинної взаємної прихильності до інших людей.

Антисоціальні особистості будуть відкрито хизуватися своїми перемогами, завоюваннями, вдалими махінаціями та обманом, якщо вважають, що співбесідника вражатиме їхня сила. І роблять вони це цілком свідомо. В цьому можна пересвідчитись, згадавши, як легко злочинці зізнаються у важких злочинах, приховуючи при цьому дрібні провали. О. Кернберг відмічає "злоякісну" грандіозність соціопатів. Тут важливо зауважити, що соціопати, власне, свідомо маніпулюють іншими людьми, в той час як деякі інші особи (скажімо, істеричні) роблять це несвідомо.

Що стосується проективної ідентифікації, то вона відображає їхню слабку спроможність проговорювати свої переживання, тому єдиний спосіб, яким вони можуть досягти розуміння своїх почуттів іншими, — це примусити їх відчувати те саме.

Дисоціативні захисні механізми розподіляються від тривіальних випадків мінімізації власної ролі у здійсненні "помилки" до тотальної амнезії злочину, пов'язаного з насильством.

Дисоціація власної відповідальності є важливим діагностичним критерієм соціопатії. Той, хто відлупцював свою коханку, а потім пояснює, що вони просто "посварилися" і він втратив самовладання, або злодій, який стверджує, що "просто не подумав", проявляють характерну соціопатичну мінімізацію. І коли спитати: "Про що саме ви не подумали?", то відповідь часто буде містити жаль про те, що він просто прорахувався і був спійманий.

Відігрування назовні також є досить важливим механізмом захисту для соціопатів, які у будь-яких емоційно напружених ситуаціях вдаються до дій, вважаючи, що тільки діями можна зберегти самоповагу, а мати почуття і стримуватись — діло "слабаків". Тому для них самих і для зовнішнього спостерігача такі люди, здається, не переживають тривоги і страху, хоча насправді таке враження є наслідком швидкої розрядки цих почуттів через дії.

Об'єктні відносини при соціопатії. Дитинство антисоціальних людей нерідко позначається великою кількістю небезпек і хаосу, певного хаотичного поєднання суворої дисципліни та надпотурання. В історіях їх життя фактично неможливо знайти відображення послідовного, люблячого, захищаючого сім'ю батька. Характерною є наявність слабкої, депресивної і мазохістичної матері і агресивного, непослідовного і садистичного батька, також як і алкоголізм та вживання наркотиків членами сім'ї. Частими є патерни переїздів, втрат, сімейних розривів. За таких нестабільних і загрозливих обставин просто неможливий нормальний розвиток переконаності на певному етапі дитинства у власному почутті всемогутності, так і пізніше — прагнення захистити відчуття власного "Я". Відсутність відчуття сили в ті моменти розвитку, коли воно є необхідним, може примусити дитину з подібними труднощами витратити більшу частину життя на пошуки своєї всемогутності. Соціопати не можуть визнати в собі наявність звичайних емоцій, позаяк вони асоціюються зі слабкістю і вразливістю. Для них характерний факт, що в дитинстві ніхто не прагнув допомогти їм, запропонувавши слова для їх емоційних переживань.

Через блокування афекту у соціопатів відсутнє прагнення до використання мови для виявлення почуттів. В той час як більшість з нас використовують слова для самовиразу, соціопати використовують їх для маніпуляцій. В їхніх сім'ях не наголошувалось на експресивних та комунікативних функціях мови, а замість цього слова використовувалися для того, щоб контролювати інших.

Неспроможність батьків до проговорювання та відповіді на емоційні потреби дитини співвідноситься з іншим аспектом клінічного знання, і діти, що стали в майбутньому соціопатичними, були розбещені матеріально, але відчували емоційну депривацію. Такого роду "щедрість" є особливо деструктивною, бо не дає можливості дитині сформулювати своє переживання, що в її житті чогось не вистачає.

О. Кернберг вказує, що антисоціальний індивід просто ніколи не відчував психологічної прихильності, не інтерналізував "хороші" об'єкти, не ідентифікувався з тими, хто про нього дбав (тобто в нього була лише ідентифікація з агресором).

Батьки таких людей дуже часто самі демонструють дитині силу, посилаючи їй повідомлення про те, що життя не повинно обмежувати первинне право індивіда на спротив та тиск. Крім того, такі батьки часто заохочують у своїх дітях ненависть до авторитетів.

Антисоціальне власне "Я". Як випливає з вищесказаного, потенціальний антисоціальний індивід має серйозні проблеми в отриманні самоповаги нормальним шляхом через переживання любові і гордості власних батьків. А оскільки зовнішніх об'єктів недостатньо, то вся увага такої людини спрямовується на власне "Я" з його прагненням до влади. Тому селф-репрезентації можуть бути поляризовані між бажаним станом власної всемогутності та лякаючим станом відчайдушної слабкості, від якого вони захищаються агресією та садистичними діями, що відновлюють самоповагу.

Ще однією особливістю селф-переживань психопатичних пацієнтів є примітивна заздрість — бажання зруйнувати все, що є найбільш бажаним. Очевидно, вирости нездатним до лю-

бові не можна без знання того, що існує дещо, що приносить задоволення іншим людям і чого позбавлений ти. Активне знецінення і зневажання всього того, що належить до сфери ніжності і ласки в людському житті, є дуже характерним для соціопатів всіх рівнів. Відомий і той факт, що антисоціальні особи психотичного рівня вбивають тих, хто їх приваблює.

Перенос і контрперенос із соціопатом. Основним переносом психопатів по відношенню до лікаря є проекція на нього свого внутрішнього знання — думка про те, що клініцист хоче використовувати пацієнта для власних егоїстичних цілей, тому він постійно намагається вирахувати слабке місце лікаря і знайти його приховані меркантильні мотиви. З іншого боку, якщо у пацієнта є такі мотиви щодо терапії, він може поводитись настільки "чарівно", що недосвідчений терапевт може бути введеним в оману.

Звичайним контрпереносом на стурбованість пацієнта не бути використаним і на його наміри обдурити експлуатуючого терапевта є шок і опирання почуттю руйнування власної ідентичності терапевта як людини, що надає допомогу. Недостатньо кваліфікований терапевт може спокуситись все ж довести свої добрі наміри, що є помилкою, тому що соціопат сприйме це за прояв слабкості. Інший терапевт стане ворожим, зневажаючим, моралізуючим, і тоді він уподібнюється до пацієнта, який переживає ті самі почуття відносно оточення.

Також емоційні реакції терапевта можуть включати жахаючий страх та страхітливі передчуття, що можна оцінити як досить реалістичну оцінку ситуації.

Життєвий цикл соціопата. Життєвий цикл соціопата в основному складається з чергування антисоціальних вчинків, боротьби з авторитетами і законом для того, щоб відчувати себе сильним і всемогутнім, і подальшого покарання з боку соціуму. Оскільки це покарання зазвичай буває брутальним і антигуманним, тобто люди з ним намагаються зробити те саме, що він робить з іншими, це зміцнює переконання соціопата, що ніякої любові і взаємоповаги немає і не може бути, а значення має тільки сила.

Цю позицію доводить також той факт, що соціопати, які уникли ув'язнення та інших видів покарання, мають тенденцію до 40–50 років "вигорати" і ставати доброчинними громадянами своєї країни.

Нарцистична особистість

Людей, особистість яких організована навколо підтримки самоповаги шляхом отримання підтвердження ззовні, прийнято називати нарцистичними. Вони постійно переживають глибинне почуття, що з ними щось не так, що вони обмануті і нелюбимі.

Потяги, афекти і темперамент при нарцисизмі. Люди, які організовані нарцистично, як правило, надзвичайно вразливі (сензитивні), або емоційно сенсибілізовані до думки оточення про себе. Їхня увага постійно спрямована на зовнішній об'єкт, а брак самоусвідомлення і страх перед самоусвідомленням поєднуються із соромом і заздрістю. Суб'єктивний досвід таких людей просякнутий почуттям сорому та страхом осоромитись. Сором дуже часто плутають з провиною: провина — це переконаність у тому, що ти гріховний або зробив злочин; сором — це почуття, що тебе бачать поганим і неправим; провина створюється почуттям активної можливості здійснення зла, тоді як сором має додаткове значення безпомічності, виродливості та безсилля.

Якщо я переконаний, що маю ряд недоліків і моя неспроможність завжди може бути розкрита, я починаю заздрити тим, хто має задоволений вигляд і, здається, має ті чесноти, яких я не маю. Та сама заздрість часто лежить в основі іншої якості нарцистичних людей — схильності судити самого себе або інших.

Захисні і адаптивні механізми при нарцисизмі. Основні механізми захисту, які використовують нарцистичні люди, — **примітивна ідеалізація і знецінення**, що позначаються у відображенні в об'єкті і в нарцистичному виборі об'єкта.

Примітивна ідеалізація проявляється постійним процесом "ранжування", який нарциси використовують при контакті з

будь-якою проблемою: який лікар кращий? яка школа найпрестижніша? яка професія найбільш поцінована? Реальні плюси і мінуси можуть не прийматися через заклопотаність престижністю.

Дуже близькою захисною позицією, в яку стають нарцистичні особистості, є **перфекціонізм** — постановка перед собою мети досягнення повної досконалості.

Що стосується маневру відображення в об'єкті, то це відбувається так: спочатку нарцистична людина ідеалізує якийсь об'єкт, проектуючи в нього своє "грандіозне Я", а потім, ідентифікуючись з цим об'єктом, відчуває себе грандіозною і цінною. Наприклад: людина, яка є учнем вченого, спочатку приписує своєму вчителю геніальність і неповторність, а потім відчуває себе його додатком, який так само є непересічним і геніальним.

Проводячи аналогію з міфом про Нарциса, можна сказати, що об'єкт, який ідеалізується і на який проектується грандіозність, представляє дзеркало, яке відображає і, що більш важливо, підтверджує особливість і значимість нарцистичної особи. Допоміжною метою ідеалізації є захист об'єкта ідентифікації від зовнішнього світу "небезпечних" і "непотрібних" людей і ситуацій, при цьому одночасно "вбивається два зайці": ідентифікуючись з ідеальним об'єктом, нарцис відчуває свою грандіозність, а проектуючи негативні аспекти самих себе на оточення, нарцистичні люди позбавляються відчуття власної нікчемності і сорому.

Дуже часто нарциси ідентифікуються не з іншою людиною, а з узагальненими об'єктами (соціальний статус, матеріальне багатство).

Об'єктні відносини при нарцисизмі. Батьки нарцистичних людей дуже часто в дитинстві використовували їх для підтримки власної самооцінки, тому дитина зростала в нерозумінні того, чиє життя їй треба прожити, в чому її цінність: в ній самій чи в тій функції, яку вона виконує для батьків. Йдеться про батьківську настанову: я цього не досяг, зате ти цього обов'язково досягнеш, що в найбільш деструктивній формі виражається: "я

не мав нічого, зате ти можеш мати все". Успадкування таких нереалістичних та невідповідних для даної особистості цілей калічить самоповагу, і людина не в змозі відрізнити свої справжні відчуття від спроби задовольнити їх або справити враження на когось.

Родинним аспектом виховання таких дітей є атмосфера постійного оцінювання в сім'ї. Якщо на дитину робиться ставка як на життєво важливий об'єкт, необхідний для власної самооцінки, то щоразу, коли дитина буде розчаровувати, її прямо чи опосередковано критикуватимуть.

Коли ж дитину постійно хвалять, то така фальш призводить до неспокійного внутрішнього відчуття: це обман, лестощі, що має лише опосередковане відношення до того, ким я є насправді. Тому такі люди, з одного боку, потребують підтримки, а з другого — відмовляються від неї.

Кардинальна відмінність антисоціальної та нарцистичної особистості полягає в тому, що соціопат виховувався в умовах відкритого нехтування, тоді як нарцистично організована особистість народжується в умовах особливого роду уваги і навіть безрозсудної любові за умови, що дитина включена в нарцистичний план батьків і сприяє його реалізації.

Власне "Я" при нарцисизмі. Внутрішні переживання нарцистичних людей включають неясне відчуття фальші, сорому, заздрощів, пустоти або ж їхні компенсаторні протилежності — самоствердження, почуття власної гідності, презирство, захисну самодостатність, марнославство та зверхність. О. Кернберг описує ці полярності як протилежні стани "Его": грандіозне ("все відмінно") або, навпаки, виснажне ("все погано") сприйняття власного "Я". Так як ця система поляризована, то нарцистична особистість має дуже прикру власну ідентичність, позаяк сприйняття себе з точки зору поганого "Я" — нестерпне, а в переживанні свого величного "Я" присутнє неясне відчуття фальші. Тому страх визнати свою неповноцінність у таких осіб часто зміщується на тіло, і вони проявляють іпохондричні реакції, що дає можливість утримувати переживання своєї грандіозності.

Такі люди також не здатні визнати свої проблеми і звернутись до когось з проханням про допомогу, тому що будують позитивне переживання самих себе на основі ілюзії про відсутність невдач і потреби в допомозі. Вони бояться, що визначення проблем і залежності виставить на загальний огляд щось безмежно ганебне.

Перенос і контрперенос з нарцистичним пацієнтом. Терапевт насамперед відзначає відсутність у пацієнта інтересу до дослідження переносу. Питання про те, що пацієнт відчуває стосовно терапевта, можуть бути сприйняті як недоречні, дратуючі або такі, що не відповідають інтересам клієнта. Для пацієнта не є незвичайним зробити висновок, що терапевт піднімає цю тему через марнославство або потребу бути "віддзеркаленим". Насправді нарцистичні пацієнти мають сильні реакції на терапевта. Вони можуть з великою енергією знецінювати або ідеалізувати. При цьому вони абсолютно не цікавляться значенням цих реакцій і щиро здивовані уважним ставленням до них клініциста. Як правило, їх переноси настільки Его-синтонні, що є недоступними для дослідження. Нарцистичний пацієнт, що знецінює свого терапевта, будь-яку спробу того відзначити критичне відношення пацієнта сприйматиме як оборону. Ідеалізований нарцисом терапевт, який до того ж не коментує завищену оцінку власної особистості пацієнтом, буде ідеалізуватись у подальшому як такий, чия досконалість включає в себе виняткову скромність.

Терапевт, що підпадає під знецінюючий перенос, може потерпати, стаючи об'єктом тонкого і безжалісного знищення. Але приймати на себе нарцистичний ідеалізуючий перенос — не набагато краще. В обох ситуаціях з'являється відчуття, що ваша справжня сутність як людини, яка щиро прагне допомогти, пригнічується. Фактично ми маємо справу з контрпереносним відчуттям того, що нас викреслили й ігнорують як реальну особистість. Це має важливе значення для діагностики нарцистичної динаміки.

Даному феномену властиві такі контрпереноси, як нудьга, дратівливість, відчуття, що в терапії нічого не відбувається, а

найбільш неприємна ситуація — непереборна сонливість. Іноді контрперенос на ідеалізуючого пацієнта має вигляд грандіозного розширення, об'єднання з пацієнтом у союз взаємного захоплення.

Психоаналітичне пояснення цього феномена пов'язане з особливим видом переносу нарцистичних людей — екстерналізацією деяких аспектів власного "Я". А саме, замість відчуття, що терапевт є схожим на матір або батька, пацієнт проектує на нього грандіозну або ж знецінену частину власного "Я". Терапевт, таким чином, стає контейнером для внутрішніх процесів підтримки самооцінки. Він є селф-об'єктом, а не самостійною особистістю, яка викликає у пацієнта почуття, подібні до тих, що викликали давно знайомі, добре окреслені фігури з минулого. Щоб використати людину як функцію для підтримки власної самооцінки, а не сприймати як окрему особистість, терапевта приводять в сум'яття і позбавляють самовладання.

Нарцистичний "життєвий цикл" (зачароване коло). Нарцистична особистість робить вибір нарцистичного об'єкта і підтверджує свою грандіозність. Це, так би мовити, кінцева нарцистична мета: після тимчасового підтвердження своєї грандіозності нарцистичні особи комфортабельно насолоджуються фантасмагоричним внутрішнім світом величі, долають свою слабку самооцінку і заперечують свою непереборну залежність від зовнішніх задоволень. Коли нарцистичний спосіб життя не отримує достатніх задоволень, нарцистичні особи впадають в іншу крайність: повне самознецінення і глибоку депресію.

Істеричні особистості

Люди з істеричною структурою особистості характеризуються високим рівнем тривоги, напруження і реактивності — особливо в міжособистісному плані. Це щиросердні, "енергійні" й інтуїтивно гуманні люди, що схильні потрапляти в драматичні та ризиковані ситуації. Іноді вони настільки потребують хвилювань, що переходять з однієї кризи в іншу. Через високий рівень тривоги і конфліктів, від яких вони стражда-

ють, їхня емоційність може здаватись оточенню поверхневою, штучною і перебільшеною. Їхні почуття міняються дуже різко ("істерична нестійкість афектів"). Людям з істеричною структурою подобаються професії, які впадають в очі.

З. Фрейд і інші аналітики висунули ідею про подвійну фіксацію при істерії — на оральних і едіпальних проблемах. У спрощеному вигляді це можна сформулювати так: дуже чутлива і голодна маленька дівчинка, що потребує ніжної материнської турботи, розчаровується в матері, яка неспроможна дати їй відчуття захищеності, ситості і цінності. По мірі наближення до едіпальної фази вона відділяється від матері шляхом її знецінення і звертає свою любов на батька як на найбільш привабливий об'єкт. Незадоволені оральні потреби об'єднуються з більш пізніми генітальними інтересами і помітно посилюють едіпальну динаміку. Але яким чином дівчинка може досягти нормального розв'язання едіпального конфлікту, ідентифікуючись з матір'ю і одночасно змагаючись з нею? Вона все ще потребує матері, проте вже знецінила її. Через те, що дівчинка вважає силу вродженим чоловічим атрибутом, вона дивиться на чоловіків "знизу вгору", проте також — здебільшого безсвідомо — ненавидить і заздрить їм. Вона намагається посилити свої почуття адекватності і самоповаги, прив'язуючись до чоловіків, і водночас карає їх за можливі переваги. Вона використовує свою сексуальність разом з ідеалізацією і жіночою хитрістю — стратегією слабких — для того, щоб досягти чоловічої сили. Тому вона використовує секс як захист, а не як самовираз, боїться чоловіків, їхнє зловживання владою, їй важко досягти насолоди від інтимної близькості і вона може страждати від фізичних еквівалентів страху і відкинутості.

Захисні і адаптивні процеси. Люди з істеричною структурою особистості використовують **витіснення (репресію), сексуалізацію** і **регресію**. Їм властиві **протифобічні відреагування назовні** (acting out), як правило, пов'язані зі стурбованістю надуманою владою і небезпекою, які породжені протилежною статтю. Вони використовують **дисоціативні** захисти в широкому сенсі.

Приклад: конверсія, сексуальність, первинна—вторинна вигода.

Об'єктні стосунки. Дівчинка хворобливо усвідомлює, що в сім'ї один або обоє батьків значно більше люблять брата, або відчуває, що батьки хотіли, щоб вона була хлопчиком. Або ж вона може бачити, що батько й інші члени сім'ї чоловічої статі мають значно більше влади, ніж матір, сестри і сама вона.

Коли такій дитині приділяють увагу, вона поширюється на зовнішні атрибути: зовнішній вигляд, гарну поведінку, її інфантильні риси. Чим старшою стає дівчинка, тим більше вона зауважує, що батько відсторонюється від неї і здається невдоволеним її сексуальністю, яка розвивається. Вона відчуває себе глибоко відкинутою через свою стать і водночас відчуває, що жіночість має дивну владу над чоловіками. Часто відзначалось, що батьки багатьох гістріонних жінок були одночасно особистостями такими, що навіювали страх і водночас приваблювали. Батько створює конфлікт притягання–відштовхування.

Істеричне власне "Я". Головне відчуття себе при істерії — відчуття маленької, лякливої і дефектної дитини, яка долає труднощі настільки успішно, наскільки це можливо у світі, де домінують сильні і чужі інші. Хоча люди з істеричним складом нерідко виглядають як контролюючі і маніпулюючі, їх суб'єктивний психологічний стан є зовсім протилежним. Маніпулювання, яке здійснюється індивідами з істеричною структурою, знаходяться у глибокому контрасті з маніпуляціями соціопатів і є безумовно вторинним відносно їх основного прагнення до безпеки і прийняття. Їх маніпулювання іншими — це намагання досягти безпеки серед лякаючого світу, зробити стійким почуття самоповаги, оволодіти ситуацією, яка непокоїть, виразити безсвідому ворожість або комбінацію цих мотивів. Вони не керуються мотивами когось подолати. Особи з істеричною структурою не є внутрішньо індиферентними і пустими; вони зачаровують людей, тому що бояться вторгнення, експлуатації і відкидання. Істерично організовані індивіди мають тенденцію відчувати себе кастрованими. Виставляючи своє тіло наперед, вони можуть переформувати пасивне від-

чуття тілесної неповноцінності в активне почуття сили в області тілесності.

Перенос і контрперенос. Залежить від статі терапевта і пацієнта. Клієнти-жінки з терапевтом чоловічої статі відчувають себе збудженими, наляканими і такими, що захищаються. З жінкою-терапевтом вони ворожі і конкурентні. В обох випадках нагадують дітей. Мають місце сильні переносні реакції.

Контрперенос: захисне дистанціювання і інфантилізація.

Депресивні особистості

Щодо проявів клінічної депресії розбіжностей серед теоретиків і клініцистів немає. Безперервний сум, зниження енергії, ангедонія (нездатність радіти від звичайних задоволень) і вегетативні порушення (проблеми харчування, сну і саморегуляції) є очевидними. З. Фрейд першим порівняв і протиставив депресивні ("меланхолічні") стани нормальному переживанню горя. Він знайшов важливу різницю між цими двома станами: при звичайних реакціях горя зовнішній світ переживається, як дуже зменшений (втрата значимої особистості), в той час при депресивних станах те, що переживається як втрачене або розвалене, є частиною самого себе. Звідси депресія є протилежною переживанню горя. Когнітивні, афективні, сенсорні процеси і уявлення різко гальмуються при клінічній депресії, що є ознакою самостабілізації організації особистості.

Потяги, афекти, темперамент. Зигмунд Фрейд і Карл Абрахам послідовно розробляли ідею, що найважливішим джерелом схильності до депресії є переживання передчасної втрати. Згідно з класичною теорією люди фіксуються на тій інфантильній стадії, під час якої їх надмірно пестили або вони зазнавали депривації. Депресивні особистості розглядались як люди, яких надто рано і раптово відняли від грудей, або такі, що пережили іншу оральну фрустрацію, яка була надмірною порівняно з адаптацією. Ця конструкція ґрунтувалася на спостереженні за людьми з депресивним характером: вони повні, люблять їсти, пити, курити, розмовляти, цілуватись і отриму-

вати інше оральне задоволення. Вони описують свій емоційний досвід, використовуючи аналогію з їжею і голодом. Проте необхідно проводити різницю між тими, хто потребує того, щоб бути "емоційно нагодованими", і тими, хто потребує того, щоб їх запитали, чому вони "не навчилися готувати".

Згідно з теорією потягів люди в депресивному стані спрямовують більшу частину свого негативного афекту на самих себе, а не на інших. Це явище описувалося як "садизм проти самого себе", або спрямування гніву всередину самого себе. Депресивні люди рідко спонтанно і безконфліктно переживають почуття гніву. Замість гніву вони почувають провину як свідоме, Его-синтонне, всеохоплююче відчуття (у параноїків почуття провини заперечується і пояснюється з позиції захисту). Депресивні люди хворобливо усвідомлюють кожний здійснений ними гріх, при цьому вони ігнорують власні добрі вчинки, довго переживаючи кожний свій егоїстичний прояв. Сум — головний афект депресивних. Зло і несправедливість викликають у них страждання. Позаяк вони легко спрямовують свою ненависть і критицизм всередину себе, вони зазвичай великодушні, чутливі і терплячі до недоліків інших, подобаються і навіть викликають захоплення. Всі сумніви вони вирішують на користь інших і прагнуть зберегти стосунки будь-якою ціною.

Захисні і адаптаційні процеси при депресії. Найбільш сильним і організуючим захистом депресивних є **інтроекція**. Працюючи з депресивним пацієнтом, завжди можна почути розмовляючий інтерналізований об'єкт. Часто лікар може відчувати себе так, ніби він говорить з примарою, це свідчить про безсвідому інтерналізацію найбільш ненависних якостей старих об'єктів любові. Їх позитивні якості пригадуються з вдячністю, а негативні переживаються як частина самого себе. Дитина проектує свої реакції на об'єкти любові, які залишають її, уявляючи, що вони залишили її, бо відчували до неї гнів або образу. Образ недоброзичливого, ображеного і покидаючого об'єкта витісняється зі свідомості і переживається як погана частина власного "Я": він занадто болісний, щоб його витерпіти, і суперечить надії любовного об'єднання. Таким чином, ди-

тина виходить із переживань травматичної або ранньої втрати, ідеалізуючи втрачений об'єкт і вбираючи всі негативні емоції у відчуття власного "Я" (селф). Це створює глибинне переживання власної "поганості", яка відокремлена від образу доброзичливої особистості, в якій відчувається потреба.

Якщо хтось, переживши хворобливий досвід сепарації, вірить, що власні погані якості призвели до сепарації з любимим об'єктом, він може сильно прагнути того, щоб відчувати до того, кого любить, винятково позитивні почуття. У такому контексті стає зрозумілим опір депресивних особистостей до визнання власної, навіть природної, ворожості.

Інший захисний механізм: **обернення проти себе**. Це дає змогу зменшити тривогу, особливо тривогу сепарації (якщо хтось вважає, що власний гнів і критицизм призводить до втрати об'єкта, він почуває себе безпечніше, скеровуючи ці почуття на себе). Таким чином зберігається відчуття сили (якщо "поганість" в мені, я можу змінити цю порушену ситуацію). Людина схильна надати перевагу провині, ніж відчути слабкість.

Наступний механізм — **ідеалізація**. Ідеалізація у депресивних особистостей відрізняється від ідеалізації нарцисів тим, що вона організована навколо моралі, а не статусу і сили.

Об'єктні стосунки. Найважливішою є роль ранньої і повторної втрати. На думку Ерни Фурман, мати повинна бути поруч, щоб її можна було залишити: якщо діти не голодні, вони самі відмовляються від грудей. Прагнення до незалежності є так само первинним і сильним, як і бажання залежати.

Сепарація природно здійснюється тими, хто впевнений в доступності батьків, якщо їм знадобиться регресувати і "дозаправитись". За Е. Фурман, власне, матері, а не діти, хворобливо переживають втрату інстинктивного задоволення при забиранні від грудей (і аналогічно, в інші моменти сепарації). Дворічна дитина занадто мала, щоб зрозуміти ранні втрати (не зрозуміло, чому люди вмирають і що вони вмирають; не зрозумілі складні міжособистісні стосунки, які виникають при розлученні). Недбале ставлення до дітей через надмірну стурбованість своїми проблемами, відсутність адекватного для цього віку пояснен-

ня, негативні стосунки в сім'ї, моделювання заперечення горя, заклики до приєднання до сімейного міфу, що буде краще без втраченого об'єкта, заховане переживання горя сприяє розвитку переживання, що у власному "Я" щось не так.

Діти вимушені ховати свої почуття, для того щоб уберегти батьків від нестерпного переживання горя, що для батьків може бути катастрофою. Іноді в сім'ях є уявлення про те, що відкрите переживання горя й інші форми самопідтримки і турботи про себе є "егоїзмом" і "потуранням своїм слабкостям".

Поєднання емоційного та актуального відділення з батьківським критицизмом з певною ймовірністю сприяє створенню депресивної динаміки.

Ще однією ситуацією, з якої "розвивається" депресивна дитина, може бути депресія у батьків в ранні роки дитини. Тоді діти почувають глибокий неспокій через депресію батьків і роблять висновок, що їхні дитячі потреби виснажують інших, відчуваючи провину за свої природні потреби.

Депресивне власне "Я". Люди з депресивною психологією вважають, що в глибині своєї душі вони погані. Вони звинувачують себе в егоїстичності, марнославстві, пихатості, агресії, заздрощах та ганебних пристрастях, вважаючи ці природні аспекти досвіду спотвореними та небезпечними, бо вони є занадто деструктивними.

Депресивні люди, проходячи через досвід неоплаканих втрат, приходять до висновку: щось в них самих призвело до втрати об'єкта. Факт, що вони були відхилені, трансформується у безсвідоме переконання, що вони заслуговують відхилення, що саме недоліки дитини викликали його і в майбутньому відхилення стане обов'язковим, як тільки партнер пізнає їх ближче, тому вони понад усе прагнуть бути "хорошими" і бояться бути розкритими у своїх "гріхах" і, як наслідок, відхиленими як недостойні: "Мені погано, тому що я на це заслуговую".

Провина депресивної особистості, будучи закладеною в саму структуру "Я", має неабияке самолюбство і парадоксально підтримує самоповагу, що ґрунтується на грандіозній думці: "Ніхто не є таким поганим, як я!!!"

Дуже часто депресивні люди справляються зі своєю психодинамікою завдяки тому, що допомагають іншим. Це дає їм змогу протистояти власній провині. В дослідженнях альтруїзму було виявлено, що типовою ситуацією, коли схильні до милосердя люди відчувають депресію, є випадки, коли вони тимчасово позбавлені можливості проявляти доброчинність.

Перенос, контрперенос. Депресивні особистості швидко прив'язуються до терапевта, приписують психотерапевту доброзичливість (навіть якщо відчувають страх критицизму), реагують на емоційний відгук, добросовісно працюють, щоб добре виконувати роль пацієнта, і цінують маленькі інсайти, ніби вони є шматочками життєдайної їжі.

Вони схильні ідеалізувати лікаря як "хорошого" на противагу оцінці самих себе як "поганих". Дуже цінують особистість терапевта і намагаються не бути обтяжливими: навіть межові пацієнти, які шукають любові та зв'язку, знаходять відгук турботи. Депресивні пацієнти проектують своє суворе Супер-Его на терапевта і постійно очікують критики з його боку. В глибині душі мають переконання, що повага і доброзичливість терапевта зникнуть, як тільки терапевт "по-справжньому" пізнає їх.

Контрперенос охоплює почуття від доброї прихильності до всемогутніх фантазій про спасіння залежно від важкості депресивної патології пацієнта. Інколи у лікаря виникають почуття деморалізованості, некомпетентності, безнадійності і того, що він недостатньо хороший, щоб допомогти пацієнту. Така депресивна точка зору є "заразною".

Життєвий цикл. Депресивні пацієнти, зав'язуючи стосунки з іншими людьми, досить часто ідеалізують їх і чекають, що їх принизять та, по-справжньому пізнавши, залишать. Знаходячись в таких моральних лещатах власних переконань, вони змушують інших відчути себе безсилими та недостатньо хорошими, щоб підтримувати з ними стосунки, тому люди відмовляються від стосунків, що депресивні особистості інтерпретують як черговий доказ власної нікчемності. Так повторюється знову і знову.

Маніакальні особистості

Манія — це зворотний бік депресії і її полярна протилежність. Гіпоманіакальні люди — це ті ж депресивні, які додатково використовують "заперечення" як основний механізм психологічного захисту.

Гіпоманіакальна людина енергійна, має гострий розум та перебуває в доброму настрої, вона будує грандіозні плани, має прискорене мислення, вона постійно "на висоті", поки не настане виснаження.

Драйви, афекти та темперамент. Маніакальні люди відрізняються високою енергійністю, мобільністю, здатністю легко переключатися з одного на інший вид діяльності та високою комунікабельністю. За допомогою особливого почуття гумору вони можуть перетворити будь-яку серйозну справу чи розмову на жарт чи посміховисько, тому з ними досить важко знайти емоційний контакт. Негативні емоції проявляються у таких людей не як сум чи розчарування, а як гнів, інколи у формі раптового непереборного вибуху ненависті. Не дивлячись на піднесений настрій, постійна рухливість видає хронічне почуття тривоги, показне задоволення має дуже "вразливу якість", тому близьке оточення досить часто відчуває неспокій за їх стабільність. Якщо переживання щастя є знайомим для таких людей, то спокій лежить поза їхнім досвідом.

Захисні механізми при манії. Основним захисним процесом маніакальних людей є **заперечення** та **відреагування** (acting out). Заперечення виражається в їхній тенденції ігнорувати (або трансформувати в жарт) події, які пригнічують та тривожать інших людей. Відреагування часто проявляється у формі втечі. Вони тікають від ситуацій, в яких їм може загрожувати втрата. Вони можуть тікати від болісних переживань завдяки відреагуванню, що охоплює сексуалізацію, сп'яніння і навіть протиправні дії. До того ж такі люди використовують **знецінення** (як протилежний полюс ідеалізації у депресивних), особливо це стосується міжлюдських стосунків, які містять можливість розчарування. Для маніакальної особис-

тості бажане все, що відволікає від емоційного страждання. У психотичному стані вони можуть впадати в компульсивний ексгібіціонізм.

Об'єктні стосунки. Так само, як і у депресивних особистостей, а можливо, й значно частіше, у них мають місце повторні травматичні втрати без будь-якої можливості для дитини пережити цей досвід. Так само часто спостерігається батьківський критицизм, емоційне, а інколи і фізичне насильство. Можна сказати, що втрати маніакальних осіб були ще серйознішими, ніж депресивних, а ставлення батьків до емоційного стану дитини — ще більш зневажливим.

Маніакальне власне "Я". Маніакальні люди відчувають гостру внутрішню потребу постійно чимось займатися, щоб не переживати що-небудь болісне. Маніакальні люди досить часто відчувають неясний внутрішній страх перед розвалом або фрагментацією власного"Я", що створюється через надзвичайне сильне протистояння захисних сил "Я" перед катастрофічним болем незворотної втрати.

Самоповага маніакальних людей може підтримуватися за допомогою комбінації успішної втечі від болю, підвищеного настрою та "зачарування" оточення. Використовуючи свій гострий розум та неординарність, вони легко прив'язують до себе інших людей, не відчуваючи того самого до них. Якщо ж якась втрата перевищить захисні можливості заперечення, може настати суїцид або психотичний зрив.

Перенос, контрперенос. Маніакальні люди, як правило, поводяться досить привабливо і цікаво, щоб викликати в лікаря інтерес до себе. Проте самі вони постійно заперечують та ігнорують будь-які переживання стосовно терапевта. Якщо ж такі переживання досягають певної інтенсивності, пацієнт, як правило, втікає з терапії, запобігаючи подальшій неминучій втраті стосунків з лікарем. Крім того, будучи в глибині душі переконаними у власній нікчемності, вони легко знецінюють терапевтів, коли з їхнього боку відчувають тепле почуття і прийняття ("він не може зрозуміти, що я — другосортна людина, отже, він — другосортний терапевт!").

Що стосується контрпереносу, то поряд з відчуттям зацікавленості є розгубленість як у людини, яка намагається прочитати написи на рекламних щитах, проїжджаючи по місту на спортивному автомобілі зі швидкістю 200 км/год, зафіксувавши, в кінцевому варіанті, недостатньо зрозумілу фразу: "Якщо у вас болить голова, Наша Ряба збереже вашу білизну чистою. Рекомендовано асоціацією стоматологів України".

Але найнебезпечніша контрпереносна реакція на таких людей — недооцінка їхнього страждання і потенційної дезорганізації, що приховується за чарівною презентацією їхньої особистості.

Життєвий цикл складатиметься з постійного уникнення ситуацій емоційного болю та емоційної прихильності, використання заперечення і постійної діяльності, якими людина доводить себе до повного виснаження. Коли вже не спрацьовують захисні механізми, тоді настає епізод депресії, з якого людина або повільно, або раптово знову входить у манію, і так повторюється до нескінченності.

Шизоїдна особистість

Особистість може бути шизоїдною на будь-якому рівні функціонування: від недієздатних кататоніків до абсолютно здорових. Цікавим є питання співвідношення шизофренії і шизоїдної організації особистості: дані літератури вказують на те, що найбільш частим премобідним фоном у тих, хто захворів на шизофренію, є шизоїдний тип, але це ще не дає підстав стверджувати, що для всіх шизоїдів високим є ризик психотичного зриву. Сьогодні питання природи різних шизоїдних станів слід вважати відкритим. Якщо більшість практикуючих аналітиків розглядають діагнози шизоїдних, шизотипальних і ухильних особистісних розладів як межові варіанти шизоїдного характеру, а діагнози шизофренія, шизофреноформний і шизоафективний розлад — як психотичний рівень шизоїдного функціонування, то психіатри в останній групі розладів вбача-

ють результат взаємодії ендогенних, біологічних за своєю суттю, чинників та особистісної структури.

Потяги, афекти і темперамент шизоїдної особистості. Конституційно шизоїди є гіперреактивними і вкрай сензитивними (в дитинстві їх дратує надлишок світла, звуків і руху). Можна думати, що такі діти є конституційно схильними до шизоїдної адаптації, особливо коли має місце "погана підгонка" між ними і тими, хто за ними доглядає.

У сфері драйвів шизоїд є фіксованим на оральних проблемах, а саме: на необхідності уникнути небезпеки бути поглинутим. Зовнішній світ сприймається ними як простір, що наповнений силами, які загрожують його безпеці й індивідуальності та здатні "поглинути" його. Тому шизоїди сповнені тенденцій до втечі від фізичного матеріального світу у власні фантазії, в яких вони знаходять спокій і комфорт. Їх вважають м'якими і спокійними людьми. Однак ці риси часто співіснують у них з тяжінням до фільмів жаху і апокаліпсису, що очевидно відображає їх захист від драйвів (переживання задоволення від руйнування загрозливого світу). Аналітики вважають, що шизоїди заховали свою агресію за товстою оболонкою захистів.

Відчуженість, від якої страждають шизоїди, частково випливає з досвіду, що їхні емоційні, інтуїтивні і чуттєві можливості не можуть бути належно оцінені — іншим просто недоступний досвід шизоїдів. Їхня здатність сприймати те, чого інші не сприймають, є настільки успішною, що глибоко поринаючи в тонкі, непомітні "пересічному оку" нюанси, вони виявляються недостатньо емпатичними до менш прозорого і амбівалентного, менш емоційно травмуючого світу нешизоїдних людей.

Для шизоїдів не характерні сором і провина. Очевидно, їх тривога зумовлена базальною безпекою: не отримуючи її, вони ховаються у свої фантазії, дистанціюючись таким чином від небезпечного оточення.

"Розщеплення", яке міститься в етіології слова "шизоїд", проявляється у двох сферах: між власним "Я" і зовнішнім світом; між переживанням власного "Я" і бажанням. Йдеться про

переживання відчуженості від деякої частини самого себе чи від життя взагалі. Захисний механізм розщеплення позначається тим, що людина почергово виявляє то один, то інший, протилежний, стан "Его", або, захищаючись, ділить світ на абсолютно хороші і абсолютно погані аспекти.

Захист і адаптація у шизоїдів. Найтиповішим захистом шизоїдних особистостей є втеча у внутрішній світ фантазій. Також притаманними для них є проекція і інтроекція; ідеалізація і знецінення. Серед найбільш "зрілих" захистів для шизоїдів найвластивіша інтелектуалізація. При стресі шизоїди віддаляються від власного афекту так само, як і від зовнішньої стимуляції. Найбільш адаптивним аспектом шизоїдів є їхня **креативність**. Творча і наукова оригінальність найбільш здорових шизоїдних особистостей здатна протистояти рутині і вносити новий струмінь у мистецтво, науку, духовні пошуки. Сублімація аутистичного відходу в творчу активність складає головну мету терапії і з більш порушеними шизоїдними пацієнтами.

Об'єктні стосунки шизоїдних особистостей. Первинний конфлікт у шизоїдів стосується наближення і дистанції, любові і страху. Їхнє суб'єктивне життя наповнене глибокою амбівалентністю щодо прив'язаності. Вони постійно прагнуть зближення, одночасно переживаючи постійну загрозу бути поглинутими іншими. Вони шукають таку дистанцію, за якої збережуть свою безпеку і незалежність, але водночас страждають від віддаленості і самотності.

М. Кляйн відносить шизоїдні механізми до універсальної параноїдально-шизоїдної позиції раннього дитинства. Інші аналітики розглядають шизоїдну динаміку як регрес до неонатального досвіду.

Одним з типів стосунків, які формують шизоїдну динаміку, є гіперопіка. Шизоїдний хлопчик формується в умовах стосунків з матір'ю, яка контролює, критикує, одним словом, створює "задушливу" атмосферу. Багато авторів зазначали роль суперечливих і дезорієнтуючих комунікацій у формуванні шизофренічного психозу. Можливо, це характерно для шизоїдної

динаміки взагалі. Дитині, яка перебуває в ситуації "подвійного зажиму" (double bind) і емоційно фальшивих повідомлень, легко стати залежною від втечі, щоб захистити власне "Я" від нестерпного рівня гніву і сумнівів. Разом з тим шизоїдна динаміка можлива і при надмірній депривації у ранньому віці.

Шизоїдне власне "Я". Однією з найхарактерніших особливостей шизоїдних людей є їхня повна байдужість до того, як їх оцінюють інші і які враження вони створюють. Описують беземоційне, іронічне і дещо зверхнє ставлення шизоїдів до інших людей. В основі своїй ця тенденція має контроль за дистанцією з іншими, вона не допускає наближення понадконтролюючого іншого. Аналітики описують опозиційність найбільш дезорганізованих шизофренічних пацієнтів, їхню ексцентричність і нехтування звичаями, завдяки чому вони також дистанціюються від інших.

Не слід вважати, що шизоїди холодні і байдужі люди. Вони можуть дбати про інших, але при цьому потребують збереження особистого захисного простору.

Самоповага шизоїдів часто підтримується творчою роботою. При цьому для них важливою є не оцінка їхньої діяльності іншими, а збереження цілісності через самовираження. Шизоїд шукає скоріше внутрішнього підтвердження своєї оригінальності й унікальності.

Перенос і контрперенос з шизоїдними пацієнтами. Шизоїдний пацієнт наближується до терапії з тією ж сумішшю сенситивності, щирості і страху бути поглинутим, яка позначає взагалі всі його стосунки. На ранніх фазах терапії для шизоїдів досить притаманне відчуття пустоти і розгубленості, часто доводиться витримувати довгі періоди мовчанки, поки пацієнт не інтерналізує безпечність нових для нього стосунків. Первинною переносно-контрпереносною складністю для терапевта в роботі з шизоїдним пацієнтом є знаходження шляху до внутрішнього світу пацієнта, не викликаючи при цьому надмірної тривоги через вторгнення. Терапевт повинен мати на увазі, що відстороненість шизоїдного пацієнта є захистом, а не нездоланною перешкодою для стосунків.

Параноїдна особистість

У художній літературі чудово зображено узагальнений тип колекціонера дрібних образ та утисків, затятого моралiста, ревнивця, скаржника. У різного роду ситуаціях вони почуваються використаними в чужих інтересах, зрадженими або ображеними. Їм притаманні такі риси, як підозрілість, відсутність почуття гумору і грандіозність. Суть параноїдної організації особистості полягає у звичці проектувати власні негативні риси. Відчужені власні риси згодом сприймаються як зовнішня загроза. Процес проекції нерідко супроводжується усвідомленням власної величі.

Цей тип організації особистості існує в континуумі ступеня важкості від психотичного до нормального рівня. Параноїдна особистість повинна дуже глибоко страждати, щоб звернутися по психологічну допомогу; параноїки не схильні довіряти іншим. На противагу депресивним, істеричним або мазохістичним особистостям, високофункціонуючі параноїдні індивіди прагнуть уникнути психотерапії, якщо тільки не відчувають серйозного емоційного болю або не "дістають" навколишніх настільки, що ті наполягають на зверненні до спеціаліста. На іншому кінці континууму знаходяться серійні вбивці, які знищують своїх жертв, вважаючи, що ті самі прагнули вбити їх.

Не треба вважати, що людина завжди переоцінює реальну небезпеку. Деяких людей, які здаються параноїдними, справді переслідують сатаністи, прихильники інших релігійних культів, відкинуті коханці, незадоволені родичі (деякі люди і справді, завдяки своїм відштовхувальним якостям, стають справжнім магнітом для поганого поводження з ними).

Потяги, емоції і темперамент. Параноїдні люди вбачають джерело своїх страждань ззовні навколо себе, тому, зрозуміло, що найбільш порушені з них є більш небезпечними для інших, ніж для себе. Вони значно менш суїцидальні, аніж порушені депресивні, хоча можуть вдатись і до самогубства, аби випередити когось (уявного), хто загрожує знищити їх особистість. Недоброзичливість, загрожуючі якості багатьох параноїків

стимулювали роздуми, що одним із внесків параноїдної орієнтації є високій ступінь внутрішньої агресії або дратівливості. Маленькій дитині важко управляти високим рівнем агресивної енергії і інтегрувати позитивне почуття власного "Я". Так, негативні реакції вихователів на неспокійне, вимогливе немовля або так званого тоддлера (малюка, що вчиться ходити) посилюватимуть його відчуття того, що навколишні люди є переслідувачами. Вільям Мейсснер надав ряд емпіричних доказів про "активну" параноальну симптоматику у немовляти, пов'язану з низьким стимульним бар'єром і, відповідно, гіперзбудливістю.

Параноїдні особистості не тільки потерпають від гніву, обурення, мстивості та інших більш ворожих почуттів, а й, поза тим, страждають від пригнічувального страху. Сільван Томкінс розглядав параноїдний стан як комбінацію страху і сорому.

Що стосується сорому, то ця емоція настільки не загрожує параноїдній особистості, як і нарцистичній, проте небезпека в кожному випадку переживається абсолютно по-іншому. Нарцистичні особистості, навіть найбільш зверхні, підпадають під усвідомлене почуття сорому, коли з них знімається маска. Параноїдні, навпаки, використовують заперечення і проекції настільки сильно, що сором залишається абсолютно недосяжним для власного "Я". Тому енергія параноїдної особистості спрямовується на провал всіх зусиль тих, хто прагне присоромити або принизити їх. Люди з нарцистичною структурою лякаються власної невідповідності, люди з параноїдною особистістю лякаються недоброзичливості інших людей.

Параноїдні люди надзвичайно вразливі до заздрощів, почуття провини. Вони хронічно відбиваються від приниження, трансформуючи будь-яке почуття власної провини в загрозу, яка йде ззовні.

Захисні і адаптаційні процеси. Проекція домінує у параноїка, ступінь проекції може бути психотичним, межовим або невротичним. У відверто психотичної особистості порушена частина власного "Я" проектується і повністю знаходиться "там", назовні, незалежно від того, наскільки божевільними можуть виглядати ці проекції для інших.

Для параноїків межового рівня найбільш властивою є **проективна ідентифікація.** Параноїдна людина діє так, щоб зробити свої проекції "придатними" для обраної мішені. Наприклад, клієнтка, яка не визнає свою ненависть і заздрість, заявляє своєму терапевту, що він заздрить її освіченості. Інтерпретації, дані в дусі прийняття і симпатії, трансформуються нею в доказ пов'язаних із заздрістю бажань докопуватись і контролювати. Невдовзі терапевт, виснажений постійним нерозумінням, починає ненавидіти свою пацієнтку і заздрити її свободі, даючи вихід своїй хандрі. Цей "чудовий" процес виводить з рівноваги лікарів, які, обираючи собі професію, не чекають, що доведеться терпіти настільки сильні негативні почуття, що виникають до тих, кого вони б хотіли вилікувати. Ця обставина пояснює властиву багатьом спеціалістам в галузі душевного здоров'я нетерпимість до параноїдних і межових пацієнтів.

У параноїдних особистостей невротичного рівня внутрішні проблеми проектуються способом, потенційно Его-дистонним, тобто вони проектують, але при цьому існує ще й деяка спостерігаюча частина власного "Я", яка стає здатною у контексті надійних стосунків усвідомити екстерналізовані внутрішні змісти як проекції.

Потреба параноїка оволодіти суперечливими почуттями вимагає використання заперечення та його близького родича — реактивного утворення.

Об'єктні стосунки. Дитина, яка виростає параноїком, страждає від серйозних уражень відчуття власної сили, точніше — вона підпадає під повторне пригнічення і приниження.

Параноїк також часто вчиться на прикладі. Дитина може спостерігати підозру; негативне ставлення до інших з боку батьків, при цьому наголошується, що члени сім'ї є єдиними людьми, яким можна довіряти. Параноїдні особистості психотичного і межового рівня, як правило, виходять з жорсткого дому, де в сімейних стосунках критицизм і висміювання переважають або де одна дитина, майбутня жертва параної, є "хлопчиком для биття" — мішенню для ненависті членів сім'ї і проектування якостей, особливо тих, які відносяться до ка-

тегорії “слабкість”. Пацієнти, які знаходяться в діапазоні “невротик — здоровий”, як правило, походять із сімей, де тепло і стабільність поєднувались із задерикуватістю і сарказмом.

Іншим внеском у параноїдну організацію особистості є тривога, яка не піддавалась контролю у людини, що здійснювала перший догляд за дитиною.

Важливою різницею між параноїдною і дисоціальною особистістю є здатність до любові. Параноїдні індивіди здатні до глибокої прив’язаності і тривалої вірності. Незважаючи на переслідування і неприйняття, яке вони відчували з боку тих, хто про них дбав у дитинстві, очевидно, що в їхньому ранньому житті було все ж достатньо піклування, щоб у них сформувалось почуття турботи про них. Результати подібних стосунків і роблять можливим проведення терапії в емпатичному ключі — незважаючи на всі грубі деформації, антагонізм, жахи.

Параноїдне власне “Я”. Головним полярним протиріччям селф-репрезентації параноїдних характерів є імпотентний, принижений і зневажений образ власної особистості на одному полюсі, і всемогутній, виправданий і переможний — на другому. Жахливо, але жодна з позицій не дає якої-небудь втіхи: страшенна жорстокість і презирство переслідують слабкий бік полярності, тоді як сильний бік тягне за собою неминучий наслідок дії психологічної сили, а саме — знищуюче почуття провини.

Слабкий бік особистості проявляється у відслідковуванні ознак загрози з боку оточення. Грандіозний бік проявляється в зацикленості на собі: все, що відбувається, має відношення до їхньої особистості.

Іншими словами, суть переживань власної особистості параноїдними людьми полягає у глибокій емоційній ізольованості і потреби в тому, що Г. Салліван назвав “підтверджуючою згодою” від “дружбана”.

Основний спосіб, яким параноїдна людина прагне підвищити свою самоповагу, полягає у напруженні зусиль для боротьби проти авторитетів та інших людей, що відіграють значну роль. Переживання помсти і тріумфу дають їм полегшене (хоча ко-

роткочасне і неглибоке) почуття безпеки і моральної ясності. Лякаюча сутяжність параноїдних індивідів ґрунтується на потребі боротьби і перемоги переслідуючих батьків. Параноїдні особистості, які присвятили себе служінню жертвам пригноблення, через здатність до боротьби з несправедливими авторитетами і помсти, утримуються на барикадах значно довше, ніж інші значні соціальні активісти, чия психодинаміка не настільки успішно зберігає їх від "перегорання".

Перенос і контрперенос. Перенос у більшості пацієнтів має швидкий, інтенсивний і негативний характер. Іноді терапевт є реципієнтом проекції образу рятівника, але значно частіше він розглядається як тип, що потенційно не підтримує і принижує. Параноїдні особистості прагнуть вразити клініциста жорстокістю, відсутністю почуття гумору і наміром критикувати. Вони можуть безжалісно фіксувати свій погляд на терапевті, за що цей погляд і був названий "прискіпливим параноїдним поглядом".

Не дивно, що лікар реагує на подібну поведінку відчуттям вразливості і появою тотального захисту. Контрперенос у таких випадках ворожий і тривожний.

Рідше, якщо терапевта сприймають як рятівника, контрперенос може бути доброзичливо-грандіозним. У будь-якому випадку терапевт усвідомлює сильні відповідні реакції та аспекти емоцій, які клієнт прагне викинути зі свідомості: страх (хоча зовні пацієнт ворожий), садистичну жорстокість і силу (зовні — уразливість і безпомічність). Дуже часто виникає контрпереносна тенденція "прямо вказати пацієнту" на нереалістичну природу того, в чому пацієнт бачить для себе небезпеку, що є найпершою і найстрашнішою перешкодою для встановлення психотерапевтичних стосунків.

Обсесивно-компульсивні особистості

Капіталізація суспільства, вимога жорсткого дотримання технологій виводять на передній план людину, здатну думати і діяти. Наукова раціональність і прагматизм західного суспіль-

ства поціновуються сьогодні найбільше. Тобто "думати і діяти" сьогодні є настільки природним, що не всі замислюються над глибинним змістом цих понять.

Там, де здатність "думати і діяти" є провідним психологічним мотивом, де є диспропорція цих процесів зі здатністю переживати, відчувати, інтуїтивно розуміти, слухати, мріяти і отримувати задоволення від творів мистецтва (тобто де раціональне пізнання домінує над чуттєвим, предметно-образним), ми маємо справу з обсесивно-компульсивною особистістю. Власне кажучи, людей обсесивно-компульсивного спектра можна розділити на тих, у кого домінують процеси "думання" (обсесивна організація), і тих, у кого домінує схильність "діяти" (компульсивна організація).

Люди з обсесивною структурою сприймаються як методичні, вперті, скупі, дисципліновані, пунктуальні, працелюбні, схильні до роздумів, ригідні, з низькими адаптативними можливостями, підкреслено сумлінні, люблять порядок і дисципліну, настирливі. Люди надійні, високих стандартів і моральних цінностей. Вільгельм Райх порівнює їх з "живими машинами".

Драйви, афекти і темперамент. З. Фрейд вважав, що обсесивні і компульсивні люди в дитинстві відрізняються ректальною гіперсензитивністю (фіксація на анальній стадії розвитку). Він звернув увагу на те, що окремі риси характеру цих людей (охайність, впертість, пунктуальність, схильність до утримування і приховування) відображають сценарій, згідно з яким дитину привчають до туалету. З. Фрейд відкрив також анальну образність у мові, сновидіннях і фантазіях. Він зіштовхнувся також з тим, що цих людей у дитинстві батьки привчали контролювати випорожнення або передчасно, або грубо, або проявляючи надмірний інтерес до цього.

З. Фрейд пояснював: привчання до туалету є першою у житті ситуацією, коли дитина змушена відмовлятись від того, що є природним, на користь того, що є соціально прийнятним. Значимий дорослий і дитина, яку надто рано чи надто строго привчають до туалету, вступають у боротьбу за владу, де дитина приречена на поразку. Стан, коли дитину контролюють,

критикують і примушують вчасно виконувати те, що від неї вимагають, породжує у неї гнів і агресивні фантазії — нерідко пов'язані з дефекацією, яку дитина врешті-решт відчуває як маленьку садистичну, брудну частину себе. Потреба почувати себе контрольованим, пунктуальним, чистим і розумним, обмежувати себе в проявах таких емоцій, як гнів і сором, стає суттєвим для підтримання самоідентичності і самоповаги. "Супер-Его", яке діє згідно з принципом "все або нічого", що породжується подібним досвідом, проявляється в ригідній чутливості щодо моралі.

Базовий афективний конфлікт у обсесивних і компульсивних особистостей — гнів (контрольований), що бореться зі страхом (бути покараним). Причому цей афект глибоко захований під різними захистами — пасивна (прихована) агресія. Єдині афекти, що переживаються цими особистостями, — це гнів там, де він обґрунтований, і сором у вигляді легкого суму.

Захисні й адаптаційні процеси. У обсесивних особистостей основний механізм захисту — **ізоляція (афекту) і раціоналізація, інтелектуалізація, моралізація, зміщення афекту.** У компульсивних — **знищення зробленого.** При комбінації обсесивно-компульсивної особистості ці захисти поєднуються.

Знищення зробленого: компульсивні особистості знищують зроблене діями, які мають значення магічного захисту і знищення провини. Види компульсивної поведінки: зловживання психоактивними речовинами, схильність до азартних ігор тощо.

Реактивне утворення: сумлінність і старанність обсесивних і компульсивних людей як реактивне утворення, спрямоване проти бажання бути безвідповідальним, брудним, недисциплінованим. Раціональність обсесивних і компульсивних людей можна розглядати як реактивне утворення проти магічного мислення.

Об'єктні стосунки. Батьки і опікуни, що виховують таких дітей, задають високі поведінкові стандарти і вимагають, щоб діти з раннього віку їх дотримувались.

З точки зору об'єктних стосунків у сім'ях обсесивних і компульсивних людей проблема контролю є на першому місці, тобто йдеться про контроль на всіх стадіях розвитку. Має значення формування почуття сорому. Приблизний варіант умов формування обсесивних і компульсивних людей — ідеалізація критеріїв поведінки. Протилежним типом сімейних стосунків, в яких може формуватись обсесивно-компульсивна особистість, є повна занедбаність, відсутність будь-яких стандартів. Дитина починає керуватись ідеалізованими критеріями поведінки і почуттів, які вона сприймає з культури поза власною сім'єю.

Власне "Я". Обсесивні і компульсивні люди занепокоєні проблемами контролю і твердих моральних принципів. Вони досягають самоповаги, відповідаючи вимогам інтерналізованих батьків чи ідеалізованих героїв, які задають їм високі стандарти поведінки. Для них завжди складним є вибір, особливо в значимих ситуаціях — "манія сумніву", пошук "ідеального рішення" (без переживання тривоги і провини). Як вже було зазначено, обсесивні особистості шукають опори для самоповаги в "думанні", а компульсивні — в "діянні". Коли якісь обставини перешкоджають можливості успішного виконання цієї базової для них діяльності, вони впадають у депресію. Обсесивні і компульсивні особи бояться власних ворожих почуттів і бувають надмірно самокритичні. Вони поціновують самоконтроль більше за інші чесноти.

Перенос і контрперенос з обсесивними і компульсивними пацієнтами.

Обсесивні і компульсивні особи прагнуть бути "гарними пацієнтами": вони серйозні, відверті, свідомі, мотивовані і здатні до наполегливої праці. Тим не менше, вони вважаються складними пацієнтами. Терапевтів вони сприймають як турботливих, але вимогливих і критикуючих батьків, проявляючи до них відповідно свідому поступливість і безсвідому протидію. Часто в їхніх повідомленнях є відтінок дратівливості і критичності, які вони зазвичай заперечують. Обсесивні пацієнти схильні контролювати, критикувати і ображатись, причому на

свідомому рівні вони і не підозрюють про свою негативну налаштованість. У контрпереносі з обсесивним пацієнтом нерідко відчувається нудність, нетерплячість і бажання "струснути" пацієнта. Поєднання свідомої поступливості і безсвідомого саботажу може довести до "білого каління".

Питання для самоконтролю

1. Яка структура характеру у антисоціальних особистостей?
2. Яка структура характеру у нарцистичних особистостей?
3. Яка структура характеру у істеричних особистостей?
4. Яка структура характеру у депресивних особистостей?
5. Яка структура характеру у маніакальних особистостей?
6. Яка структура характеру у параноїдних особистостей?
7. Яка структура характеру у шизоїдних особистостей?
8. Яка структура характеру у обсесивно-компульсивних особистостей?

9. ОСНОВНІ АСПЕКТИ ПСИХОАНАЛІТИЧНОГО ПЕРВИННОГО ІНТЕРВ'Ю

Головні цілі первинного інтерв'ю:

1. Встановлення рапорту, тобто заснованого на довірі контакту з пацієнтом.
2. Оцінка психологічного статусу пацієнта:
2.1. Оцінка симптоматики та проблем і конфліктів у зовнішньому житті.
2.2. Динамічна гіпотеза щодо безсвідомого конфлікту, який зумовлює симптоматику.
2.3. Мотивація стосовно психотерапії (запитання "що привело вас сюди?").
3. Встановлення показів до терапії.

***

Існує три джерела інформації у первинному інтерв'ю, а саме: **об'єктивна, суб'єктивна** та **сценічна** інформація.

***

Перенос є генералізацією проблемного патерну поведінки і переживань у новій ситуації. Проблемна поведінка не тільки повідомляється, а й відтворюється і далі повторюється у терапевтичній ситуації; пацієнт реінсценує свої безсвідомі конфлікти в актуальній ситуації стосунків. Те, що він не в змозі повідомити на свідомому рівні, він відтворює у своєму дієвому монолозі за допомогою сценічної функції Его.

Контрперенос є емоційною реакцією психотерапевта на пацієнта. Завдяки контрпереносу та його аналізу проблема (хвороба) пацієнта в її актуальних проявах стає доступною почуттям і розумінню терапевта.

Робочий альянс означає стосунки між аналітиком і пацієнтом, що є фрагментом відношення до реальності і які слід відрізняти від стосунку переносу (Ральф Р. Грінсон). Виникає завдяки усвідомленню пацієнтом своєї хвороби, відкритості до співпраці і прийняттю терапевтичних методів і технік; розвивається у процесі солідаризації пацієнта з терапевтичними прийомами терапевта.

Опір є спільним визначенням для всіх перешкод, з якими стикається терапія з боку хворого. Форма і зміст опору дають аналітику важливі роз'яснення стосовно внутрішньої структури пацієнта.

Під **інтервенцією** слід розуміти намагання аналітика розпізнати безсвідомі процеси на основі їхніх похідних та повідомити їх пацієнтові у формі "гіпотетичних конструкцій і реконструкцій", спираючись на припущення, що ці процеси визначають прояви поведінки (симптоматики) пацієнта.

***

Подвійна роль терапевта: **задіяний спостерігач**.

Терапевт емоційно бере участь у бесіді і дозволяє внутрішньо залучити себе в розмову. Водночас, поряд зі збиранням суб'єктивної і об'єктивної інформації, він спостерігає і аналізує свої емоційні реакції, нібито подумки ставлячи собі запитання: що робить зі мною пацієнт, якого типу стосунків він шукає, кого потребує, а якого уникає, які безсвідомі бажання і страхи з цим пов'язані?

Вступ до бесіди і манера терапевта триматися мають на меті створення передумов для саморозкриття пацієнта та його безсвідомих об'єктних стосунків. Слід зазначити, що пацієнт сам розповідає свою історію і висловлює скарги, і лише після того, як спонтанні висловлювання пацієнта вичерпано, терапевт може ставити запитання і збирати подальшу інформацію.

Вичікувальна манера спершу виключає будь-яку цілеспрямовану експлорацію ("принцип воронки").

Емпатично задіяне спостереження (емпатія — входження в почуття іншої особи) слід розуміти у подвійному сенсі, а саме:

1) конкордантна ідентифікація із світоглядом і досвідом пацієнта (аспектами його Я (self);
2) комплементарна ідентифікація зі власними емоційними і когнітивними реакціями (як реакція внутрішніх об'єктів пацієнтів, що можуть бути розпізнані завдяки їхній проекції).

Головними моментами є: використання власної суб'єктивності як діагностичного інструмента (вільно плаваюча увага); вільне, зацікавлене рецептивне поводження; уникання надто поспішних концептуалізацій та інтерпретацій; дотримання структурування, запропонованого самим пацієнтом; здатність толерувати незнання і нерозуміння.

***

Форми інтервенцій

Для формування бесіди здебільшого використовуються вербальні і невербальні форми інтервенцій. До вербальних інтервенцій відносяться:

- конфронтація, тобто спрямування уваги пацієнта на певний феномен з метою доведення його до свідомості;
- прояснення, покликане "взяти під мікроскоп" цей феномен;
- інтерпретація, нарешті, вербалізує безсвідомий зміст та мотив захисту, переводячи позасвідомий феномен у свідомий;
- відкриті питання:

— на початку бесіди (напр.: "Що привело Вас до мене?");
— у процесі бесіди (напр.: "Чи не могли б Ви розповісти про це детальніше?", "Що Ви самі думаєте про це?", "Як Ви уявляєте собі лікування?" тощо);
— для конкретизації (напр.: "Чи не могли б Ви навести приклад?");
— для центрування на почуттях (напр.: "Чи не могли б Ви описати, що почували в цій ситуації?");

- закриті питання:

— для більшого уточнення ("Хто...?", "Коли...?", "Де...?", "Як...?" тощо);

— для відбору і диференціації — питання з двома і більше варіантами відповідей;

NB! *Слід уникати запитань, що передбачають відповіді "так" або "ні", а також навідних, сугестивних запитань.*

- вказівки на суперечливості у висловлюваннях з проханням пояснити їх (напр.: "Тут у вас є різнобічність: з одного боку..., але з другого...");
- зміна тематики розмови. У випадку, якщо видається, що всю інформацію вже отримано, або тема є надто травматичною (напр.: "Розповідь про конфлікт з Вашою дружиною викликає у Вас сильне хвилювання, давайте повернемось до цього дещо пізніше... Ви кажете, що на роботі почуваєтесь якось інакше...");
- узагальнення;
- коректне закінчення.

Під невербальними інтервенціями слід розуміти манеру триматись, позу, жести, міміку, звуки, що не оформлені в слова (вигуки, покашлювання, "гмукання" тощо).

***

Ефективній терапевтичній бесіді можуть зашкодити такі моменти:

а) прагнення обов'язково "розговорити" пацієнта;
б) нероз'яснення рамкових умов або недотримання їх;
в) надто складні висловлювання (напр.: професійна термінологія, надмірне абстрагування);
г) сугестивні питання, риторичні питання, поради;
ґ) раптове переривання пацієнта, ігнорування його запитань і, особливо, негативних переносів;
д) уникання розмов про почуття, раціоналізування;
е) намагання применшувати проблеми, вмовляти, розраджувати пацієнта;
є) проявляння особистої зацікавленості, підтакування та потурання;
ж) моралізація, догматизація, дебатування;
з) повчання, іронізування, проявляння зверхності;

и) надто однобічне ідентифікування себе (з певною точкою зору, теорією);
і) проектування власного досвіду, думки і почуття або сприймання будь-чого не як прояву переносу, а як дещо особисте;
ї) надання надто поквапливої інтерпретації.

***

Насамкінець зазначимо найважливіші аспекти біографії пацієнта, на які слід звертати увагу при аналізі отриманих в первинному інтерв'ю даних:

- передісторія інтерв'ю: направлення, встановлення контакту, попередня інформація;
- поява пацієнта і входження в інтерв'ю: конституція і саморепрезентація, міміка і жести, соціальна поведінка, настрій, емоції, загальмованість тощо;
- причини звертання: скарги, попередні звертання, перебіг, лікування, результати досліджень і лікувань;
- ситуація, що посприяла хворобі та актуальна життєва ситуація: безпосередня обстановка і зовнішні часові параметри виникнення хвороби, психосоціальні фактори попереднього протікання життя і теперішня особиста, сімейна, професійна і економічна ситуація;
- самопереживання і особистість: картина власного "Я" (self), ідеали, вади і здібності, переживання у стосунках, подолання проблем і завдань, здатність любити і працювати, витривалість і вразливість, визнання і авторитет;
- психічний, тілесний і соціальний розвиток: значущі стосунки і досвіди, сімейний фон, розвиток здібностей і навичок у тілесних, душевних, сексуальних, навчальних і міжлюдських аспектах, травматичні переживання, хвороби, подолання конфліктів розвитку.

Питання для самоконтролю

1. Які головні цілі первинного інтерв'ю?
2. Які є джерела інформації в первинному інтерв'ю?

3. Що таке перенос, контрперенос, терапевтичний альянс, опір та інтервенція?
4. Яка роль психоаналітика і в чому вона полягає?
5. Які є форми терапевтичних інтервенцій?
6. Що може зашкодити ефективній терапевтичній бесіді?
7. На які аспекти біографії пацієнта слід звертати увагу?

10. ПСИХОАНАЛІТИЧНІ ШКОЛИ І ЇХНІЙ ВНЕСОК У ПРАКТИКУ АНАЛІТИЧНОЇ ТЕРАПІЇ

Основи об'єктної психології по Зигмунду Фрейду

У традиційній системі понять психоаналізу об'єкти і об'єктивні відносини пов'язані зі збудженнями потягів. Спочатку, говорячи про об'єкти, мають на увазі реальних або вигаданих адресатів збуджень потягів; йдеться про об'єкти потягів і інстинктивні бажання, що їх супроводжують, тобто про об'єктні відносини. У класичній психоаналітичній теорії (теорії інстинктів) ці об'єктні відносини були пояснені в поняттях заміщення об'єктів або їхньої психічної репрезентації лібідозної і агресивної енергії — з енергією інстинктів у їхньому початковому стані або нейтралізованій, очищеній або сублімованій формі (Джозеф Сандлер, 1982). При цьому, з одного боку, "об'єкт" розуміється як корелят інстинкту або часткового потягу. "Об'єкт потягу — це те, за допомогою чого інстинкт може досягти своєї цілі. Це саме варіативне в інстинкті, не пов'язане з ним початково; значення йому надається тільки внаслідок його єднання з можливістю задоволення".

З другого боку, "об'єкт" розглядається як корелят кохання або ненависті. У цьому випадку присутні відносини між цілісною особистістю або структурою Его і об'єктом.

"...Кохання і ненависть не можна використовувати для визначення відношення інстинкту до його об'єктів, вони зарезервовані для відносин цілісного Его до об'єктів".

При подальшому розгляданні Фрейд розмежовує те, що знаходиться за межами дитячого тіла, і те, що являється частиною дитячого тіла. Фрейд пише (1905):

"Коли саме перше сексуальне задоволення було пов'язане з вживанням їжі, сексуальний потяг мав об'єкт за межами свого

тіла; у материнській груді... Якраз тому ссання дитиною материнської груді стало зразком любовного відношення, власне знаходження об'єкта — це повторне знаходження".

Згодом Фрейд скаже: "Психоаналіз вчить тому, що є два шляхи знаходження об'єктів: по-перше, той, який виходить зі зразка ранніх дитячих прикладів, по-друге, нарцистичний, який шукає власне Его і знаходить його в іншому".

У темі вибору об'єктів у 1905 р. говориться: "Та від цього першого і найважливішого з усіх відносин після відділення сексуальної діяльності від вживання їжі залишається суттєва частина, яка допомагає підготувати об'єктний вибір, а також повернути загублене щастя. Протягом усього латентного періоду дитина в точності повторює і продовжує своє немовляче ставлення до годувальниці, вчиться любити інших людей, які допомагають їй долати безпорадність і задовольняють її потреби. Можливо, хтось захоче заперечити ототожнення ніжних почуттів і цінностей дитини до тих людей, які про неї піклуються, зі статевою любов'ю, тільки я вважаю, що основоположне психологічне дослідження змогло би встановити цю ідентичність, не зважаючи на всі сумніви. Спілкування дитини з людьми, які про неї піклуються, є для неї постійним джерелом сексуального збудження і задоволення ерогенних зон, адже останні — як правило, та таки мати — обдаровує дитину почуттями, які мають коріння в їх сексуальному житті, за нею доглядають, цілують і качають, і явно сприймають як заміщення повноцінного сексуального об'єкта".

Тут Фрейд вже описує ту взаємність між матір'ю та дитиною, яка відіграє центральну роль у сучасних теоріях об'єктивних відносин.

Фрейд звертав особливу увагу на інтеріоризацію об'єктних відносин у зв'язку зі структурною теорією і Его-психологією; він розумів інтеріоризацію як процес ідентифікації з особливими батьками в ході фази едіпового комплексу і описував їх як основу для інших ідентифікацій — як вони здійснились в приедіповій фазі і потому здійснюються у підлітковий період.

Фрейд запропонував також свою теорію меланхолії, обговорюючи яку, він пише: "Втрачений об'єкт знову направляється

в Его, отже об'єктне заміщення замінюється ідентифікацією... таке заміщення складає важливе предпосилання формування Его і значною мірою сприяє встановленню того, що ми називаємо характером".

Про відносини між об'єктним заміщенням і ідентифікацією говориться так:

"Спочатку на примітивній оральній фазі розвитку індивідуума неможливо повністю розділити заміщення об'єкта й ідентифікацію.

... Якщо від такого об'єкта доводиться відмовлятися, то при цьому нерідко проявляється зміна Его, яке слід описувати в термінах становлення об'єкта Его як при меланхолії. Можливо, через інтроекцію, яка являється різновидом регресії до механізму оральної стадії, Его полегшує або робить можливим відмову від об'єкта. Можливо, ця ідентифікація взагалі є умовою, за якої Ід відмовляється від своїх об'єктів. У будь-якому разі цей процес, особливо на ранніх фазах розвитку, відбувається досить часто і приводить до розуміння того, що характер Его є невиверженням об'єктних заміщень, які утримують історію вибору цих об'єктів...

Також відмічається одночасність об'єктного заміщення і ідентифікації, тобто зміни характеру, пов'язані насамперед з відмовою від об'єкта. В цьому разі зміна характеру могла б пережити об'єктивні відносини і, в певному сенсі, їх зберегти".

Описані Фрейдом тут і в інших його працях процеси ідентифікації і наведені приклади (первинна ідентифікація, інкорпорація, інтроекція) пов'язані з об'єктивними відношеннями (поняття ідентифікації пізніше багато разів варіювалось: Шандор Ференці ввів у 1909 р. термін "інтроекція" як симетричний для проекції; Карл Абрахам і Мелані Кляйн додали ці два механізми до механізму чистої проекції; Едіт Якобсон доповнила пізніше поняття інтеріоризації інтеріоризацією селективної ідентифікації і імітації). Названі поняття хоча і акцентують на різних сторонах явища, завжди співвідносяться з об'єктивними відношеннями. Вони означають постійний рух ззовні всереди-

ну, рух суб'єкта всередину; поняттям "ідентифікація" були захоплені більшою мірою ті процеси, за допомогою яких формується суб'єкт.

Ранні об'єктні відносини за Мелані Кляйн

Мелані Кляйн, у рамках психоаналізу, звернула увагу на ранні об'єктні відношення. З кінця 20-х років вона займалась ранньо інтеріоризованими об'єктними відносинами і дослідила їхній детермінуючий вплив на формування психічних структур і різні типи внутрішніх конфліктів. Вона пов'язала психоаналітичну теорію інстинктів, а особливо вроджений інстинкт агресії, зі сформульованою нею теорією ранніх об'єктних відношень і ранніх констеляцій захисних процесів (розщеплення і проективна ідентифікація).

В її розумінні, яке ґрунтується на останній теорії інстинктів Фрейда, інстинкти життя і смерті знаходять своє психічне відображення в несвідомих фантазіях, які під впливом примітивних емоцій відображають самість і об'єкт.

Агресивні імпульси проектуються на матір, яка стає носієм цих імпульсів, і вони переживаються дитиною, яка проектує, як страх поглинаючих об'єктів, що ведуть до репрезентації злих, деструктивних і жадібно-смоктаючих грудей; супроводжують цей процес афекти та імпульси заздрості та жадібності. Лібідозні імпульси реалізуються у повних задоволення контактах із задовольняючими об'єктами, насамперед із "добрими грудьми". Фантазії про добрі задовольняючі груди інтроектуються як добрий внутрішній об'єкт. Важливий супроводжуючий афект — це вдячність; вдячність, тісно пов'язана з почуттям довіри, яке знаходиться на забезпеченому задоволенні від хороших грудей. Хороші і погані груди — це перші тілесні об'єкти, які беруть участь у найбільш ранніх несвідомих фантазіях і представляють лібідо чи агресію; "внутрішні об'єкти" стають, таким чином, відображенням історії розвитку вроджених інстинктів лібідо та агресії.

Характерне для раннього періоду життя відокремлення від матері "зовсім хорошого" і "зовсім поганого" образів. Кляйн го-

ворить про "параноїдно-шизоїдну позицію", яка характеризується цими розділеними і ще не інтегрованими образами. Така констеляція замінюється пізніше, при подальшому розвитку, у "депресивній позиції", в якій дитина дізнається, що її ненависть спрямована на ту ж матір, від якої вона отримує добро; власні об'єкти тільки тепер можуть бути інтегровані в тотальні чи цілісні об'єкти. Дитина реагує на це нове сприймання матері почуттям провини і прагненням робити щось добре. Обидві позиції, параноїдно-шизоїдна та депресивна, можуть зберігати свою силу як елементарні констеляції й актуалізуватися до визначеного часу. З цього випливає терапевтичне положення про те, що вони повинні бути включені в пропрацювання конфліктів, повинні толкуватись і прояснюватись на всіх фазах розвитку.

Значення внеску Мелані Кляйн і її послідовників (Вільфреда Біона, Герберта Розенфельда, Ханни Сігал) полягає насамперед у тому, що вони являють собою першу постфрейдистську теорію об'єктних відношень. Своїм підходом вона висунула на перший план клінічного огляду ранні об'єктні відношення при нормальному і патологічному розвитку. Кляйн проаналізувала аспекти раннього розвитку Супер-Его і описала відношення між генітальними і прегенітальними конфліктами; пізніше вона підняла питання про значення функцій примітивних механізмів захисту (розщеплення і проективна ідентифікація) для виникнення та успішності лікування тяжких психопатологічних захворювань.

Підходи Рональда Фейрберна, Мікаела Балінта і Дональда Віннікотта

Під впливом М. Кляйн деякі автори, насамперед Фейрберн і Віннікотт, зробили значні доповнення до теорії і клініки об'єктивних відносин. Фейрберн здійснив критичний аналіз фрейдистської теорії інстинктів, переформулював її і стверджував, що дитина з самого народження є "шукаючим об'єктом". Він критикував класичну теорію лібідо і концепцію ерогенних зон: на його думку, Фрейд, говорячи про оральний, анальний та

інші інстинкти збудження, описав не справжні потреби, а форми чи техніки поведінки з об'єктами. Фейрберн відводить ерогенним зонам тільки другорядну роль у задоволенні справжніх потреб, а істинні, тобто первинні лібідо-потреби, полягають у встановленні об'єктивних відносин, які б задовольняли.

Прийняття цієї основної людської потреби "встановлювати відносини з іншими" було сформульовано і теоретично обґрунтовано також і іншими авторами: приводом для створення такої концепції послужив критичний перегляд теорії інстинктів Фрейда і його концепції первинного нарцисизму.

Центральне поняття концепції Балінта — це первинно-об'єктна любов. Для нього розвиток об'єктивних відносин ідентичний з розвитком любові; їх потрібно розглядати окремо від розвитку сексуальних цілей і часткових бажань. Крім того, Балінт говорить (на відміну від класичного аналітичного розуміння нарцистичної стадії), що об'єктивні відносини із самого початку супроводжують психічний розвиток, вирішально визначають і структурують його. Відносини між матір'ю і дитиною розуміються як відносини, які ґрунтуються на взаємодії і "лібідозно рівноправні", можна назвати діаду "мати-дитина" первинно нарцистичною. Це визначення долає монадологічний спосіб розуміння поведінки і генезису особистості, і в центр всіх психоаналітичних зусиль ставить дослідження міжособистісної динаміки.

Хронологічно і феноменологічно Балінт розглядає такі примітивні форми об'єктивних відносин:

а) найпримітивніша з них — це первинна форма любові або первинний об'єкт відносин; це вид гармонійного змішання і взаємного проникнення індивіда і його первинних структур;
б) окнофілія;
в) філобатизм.

Дві останні — це протилежні стани, які є передумовою відкриття достатньо стабільного об'єкта. Тому індивід, для якого характерною є окнофілія, почувається спокійно тільки в безпосередній близькості з об'єктом, а часові і просторові відстані

між об'єктами переживаються як загрозливі і небезпечні... Індивід, для якого характерним є філобатизм, розглядає об'єкти як недостовірні і ризиковані.

Для підтвердження свого розуміння Балінт вказує на те, що всі три види об'єктивних відносин — гармонійне з'єднання, окнофільна прив'язаність до об'єкта і філобативне надання переваги об'єктам, які не мають відносин, — необхідно шукати при будь-якій аналітичній терапії, в якій допускається регресія".

Хельмут Томе звернув увагу на те, що описи цих ранніх об'єктивних відносин схожі з описами аутичної і симбіотичної фаз, які виділила Малер.

Особливе значення для патологічного розвитку має "основне порушення", обґрунтоване Балінтом. При цьому йдеться не про конфлікт, а про "дефект у психічній структурі, різновид дефіциту, який повинен бути усунений". Йдеться про фіксацію на несприятливому початку стадії розвитку первинної любові через недостатність гармонії між дитиною і тими референтними особистостями, які представляють навколишній світ. У відповідності з розумінням "ранньої відмови від турботи з боку навколишнього світу" саме недостатня турбота, а не психічний конфлікт, визначають розвиток основного порушення.

Балінт у цьому розумінні бачить ряд терапевтичних наслідків: просування до базальних об'єктивних відносин, створення оптимальної психічної напруги для "нового початку", спостереження за невербальною комунікацією і в подальшому за лібідозною природою терапевтичної ситуації, розмежування двох форм терапевтичної регресії: доброякісної, яка закінчується на початок нового етапу, і злоякісної. Особливо він підкреслює "терапевтичну силу об'єктивних відносин" і вимагає від аналітика прийняття на себе ролі первинного об'єкта, оскільки це дає можливість зрозуміти пацієнтів з "основним порушенням" і за допомогою цього зробити можливим "новий початок".

Віннікотт також займався різними фазами відносин "мати–дитина". Його цікавили феномени "достатньо хорошого" материнства і їхнє значення для розвитку дитини. Крім того, він

приділяв особливу увагу потребам дитини (пацієнта) в емпатії і здатності матері (аналітика) цю потребу забезпечити. Він ввів концепцію "об'єктної матері" і "матері навколишнього світу", "материнської стурбованості" і "зберігаючого оточення", які згодом враховувалися при лікуванні так званих ранніх чи структурованих неврозів. У своїй праці "Від гри до креативності" (1971) він поклав початок цікавим напрямам у ситуативному оформленні лікування і дорослих пацієнтів. Клінічного значення набув визначений ним "перехідний об'єкт", і "об'єкт фальшивої самості" як порушення, витоки якого він бачив у ранній симбіотичній ситуації.

Підхід Хайнца Хартманна

Саме Хартманн описав зустріч новонародженого з "відносно очікуваним зовнішнім світом" і ввів поняття психічних репрезентацій (саморепрезентацій і об'єктивних репрезентацій); з цього почалася ера теорії об'єктивних відносин в Его-психології (1939, 1950, 1972).

Із основних теоретичних конструктів Хайнца Хартманна і його співавторів Ернста Кріса і Рудольфа Левенштейна (1946, 1949, 1952) ми задаємо лише ті, які набули особливого значення для психоаналітичної теорії об'єктивних відносин.

1. Введення поняття "відносно очікуваного світу", яким наголошується значення внеску матері в розвиток дитини; це сприяло більш детальним дослідженням діади мати–дитина і розширило розуміння відносин. Хартманн встановив, що перші соціальні відносини дитини мають вирішальне значення для підтримки біологічної рівноваги; тому, вважає він, перші об'єктивні відносини немовляти повинні особливо сильно цікавити психоаналітиків. Досліджуючи взаємну залежність немовляти і матері, Хартманн приділяє особливу увагу тому аспекту взаємин, для якого він розробив поняття відповідності один одному. Аналізуючи це поняття, він показує, як посередництвом різноманітних процесів регуляції заново встановлюється біопсихологічна рівновага. Він доходить висновку, що

існує ранговий порядок функцій Его, який служить процесам пристосування. Цей спосіб розгляду біопсихологічного регулювання спонукав його висунути тезу, що процеси пристосування повинні розглядатися у більш вузькому і більш широкому розумінні. На основі цього він розвиває ідею про те, що немовля народжується з власним пристосувальним апаратом, який співвідноситься із системою змінних відносин в рамках "відносно очікуваного зовнішнього світу". Розвиток дитини відбувається в рамках цього виду зовнішнього світу, в той час як функції, пов'язані з апаратом первинної автономії, проявляються поза цією сферою.

2. Нове визначення нарцисизму, як лібідозного заміщення саморепрезентацій, а не репрезентацій Его, як це на початку запропонував Фрейд, чи самості, як це було прийнято на етапі введення структурної теорії. Хартманн пише: "Може виявитися корисним апелювати до репрезентацій самості на противагу об'єктивним репрезентаціям ... самості (власне особистості) на противагу об'єкту... Его (як психологічної системи) на противагу іншим частковим структурам особистості" (1972).

3. Опис стадій розвитку об'єктивних відносин (від первинного нарцисизму через задоволення потреб — до постійності об'єктів). Об'єктивні відносини виникають, на думку Хартманна, після стану відсутності об'єкта первинного нарцисизму, проходять стадію, в якій об'єкт сприймається лише остільки, оскільки він служить потребам немовляти, і досягають, нарешті, рівня постійності об'єкта; постійність об'єкта визначається як довготривале заміщення психічної репрезентації об'єкта, яка внаслідок цього не залежить від задоволення відповідних потреб. Ідентичність індивідуума зберігається завдяки довготривалому заміщенню не тільки об'єкта, а й самості.

4. Підкреслення важливої ролі фрустрації і використання агресивних потягів у процесі розвитку.

5. Введення поняття недиференційованої матриці, з якої виділяються Ід та Его.

6. Нове розуміння ідентифікації як процесу, який змінюється відповідно до рівня розвитку, на якому він здійснюється.

Так, наслідування є попередником істинної ідентифікації; вона ж являє собою процес інтеріоризації, який значною мірою гарантує незалежність від об'єкта.

Ці позиції, які були представлені Хартманном та його співавторами, склали основу для подальшого розвитку Его-психології і передусім тої психоаналітичної теорії об'єктивних відносин, яку створювали Якобсон, Малер і Кернберг.

Концепція Едіт Якобсон

Ми хочемо показати сформульовану Едіт Якобсон (1954, 1964) психоаналітичну теорію об'єктивних відношень більш докладно, оскільки ця дослідниця ефективно пов'язала диференціацію афекту, розвиток об'єктивних відношень і історію раннього розвитку потягів з психоаналітичною структурною моделлю. З клінічної точки зору, чисельні дослідження депресивних реакцій у здорових, невротичних, межових і психотичних пацієнтів досить переконливо підтвердили теоретичні позиції Якобсон.

На думку Якобсон (1964, 1973), психічне життя розпочинається з виникненням "самої ранньої психофізіологічної самості"; лібідозні й агресивні потяги перебувають ще на стадії прагнення, Его і Ід ще не розділені. Перша психічна структура — це сплавлене утворення самості об'єкта, яке поступово розвивається під впливом відносин матері і дитини.

Особливу роль у стимулюючих розвиток інтеракціях між матір'ю і дитиною, на думку Якобсон, відіграє рання дитяча оральність: "комбіноване орально-візуальне переживання грудей" — чи, також, утроби (Рене А. Шпіц, 1955) — прирівнює не лише матір і груди, а й робить груди першим образом матері, що задовольняє. Внаслідок цього спогади, залишені певного роду лібідозним стимулюванням і задоволенням в минулому, мають тенденцію групуватися навколо цього першого примітивного візуального образу матері (грудей, утроби). Те саме є справедливим для побудови образу себе: образи орально задоволеної чи фрустрованої самості мають тенденцію включати в

себе енграми фізичних і емоційних подразників різного роду, які переживаються в будь-якій сфері цілісності самості.

Як ми знаємо, рот і руки для дитини є важливим інструментом для засвоєння світу об'єктів і свого власного тіла (Ерік Хоффер, 1949). Але для свого загального Его-розвитку і для розвитку цілеспрямованої активності навіть ще більше значення можуть мати "стимулюючі задоволення моторні, пропріоцептивні, кінестетичні, акустичні і візуальні переживання, а також досвід дотиків і температурні відчуття".

Повні задоволення афекти виступають як перші способи вираження диференціюючого себе лібідозного потягу; його заміщення у ще сплавлену уявленість самості об'єкта є першим психічним заміщенням лібідо. "Ці самі ранні фантазії бажань злиття і поєднання з матір'ю (грудьми) є, поза сумнівом, тим фундаментом, на якому ґрунтуються всі об'єктивні відносини, так як і перспективи ідентифікації... Таким чином, бажання голодного немовляти вгамувати голод, тобто лібідозне задоволення від тілесного єднання з матір'ю, стає як попередником майбутніх об'єктивних відносин, так і джерелом першого примітивного типу ідентифікації, яка здійснюється внаслідок злиття образів самості і об'єкта... Цей тип ідентифікації панує впродовж усієї приедіпової і ранньої едіпової фази, а певною мірою також і на більш пізніх стадіях". Тут слід згадати подібні положення Балінта в зв'язку з описаним ним основним порушенням, "первинне збентеження" Сандлера, а також недиференційовану первинну стадію і стадію первинного недиференційованого уявлення самості об'єкта, про які говорить Кернберг.

Важливою також є і згадка про значення взаємодії при інтеракції матері і дитини, яка зберігає ключову роль у сучасній дискусії у рамках психології об'єктивних відносин.

"Найбільші ранні відносини між матір'ю і дитиною насправді мають симбіотичну природу, оскільки не лише безпорадній дитині потрібна мати для турботи про неї, а й матері потрібна дитина — в емоційному плані — для турботи про себе. Ганс Бенедер показав, як батьки ідентифікують себе на кожній стадії

розвитку з потребами своєї дитини: за рахунок цього вони можуть знову відчути власні переживання відповідної фази".

У подальшому розвитку дитини, як бачить це Якобсон, слідує стадія структурної диференціації. Формуються численні, швидкозмінні і ще не чітко відділені один від одного часткові образи об'єктів любові і частин тіла; ці образи пов'язуються зі слідами спогадів минулих переживань задоволення — незадоволення. Поряд з цим проявляються відповідні афекти; афекти сигнального характеру починають функціонувати поряд з ще домінуючою афективною мовою органів.

Із зусиль зімітувати об'єкти любові розвиваються форми активної ідентифікації, які, ймовірно, ґрунтуються на примітивній афективній ідентифікації. Ілюзорні фантазії демонструють те, як дитина намагається зберегти матір як частину самої себе, нехтуючи при цьому реальністю.

Образи себе і об'єктів починають утворюватися тоді, коли лібідозно стимулюючі переживання і переживання депривації призводять до концентрації слідів пам'яті. "Лібідо і агресія звертаються постійно від об'єкта любові до самості і навпаки, чи з одного об'єкта на інший; образи себе і об'єктів, а також образи різноманітних об'єктів на якийсь час одні з одними з'єднуються, розділяються і знову з'єднуються. Одночасно виникає тенденція остаточно визначити таку зібрану єдність образів в лібідо, в той час як загальна агресія направляється на образи, що залишилися, доти, доки така амбівалентність переноситься. Ці процеси заміщення відображаються у проективних і інтроективних процесах, які ґрунтуються на несвідомих фантазіях дитини про інкорпорації і відштовхування об'єкта любові".

Тут ми бачимо невирішені сумніви між пасивно безпомічною залежністю від всесильної матері і активно агресивним прагненням до самоекспансії і повновладного контролю за об'єктом любові.

Отже, йдеться про стадію, яка характеризується численними і диференційованими, але ще не інтегрованими "хорошими" і "поганими" образами себе і об'єктів. Погані образи себе і

об'єктів перетворюються на садистських переслідувачів попередників Супер-Его (див. нижче). Процеси інтроекції і проекції актуалізуються, щоб зберегти хороше чи ідеальне відношення і вберегтися від зла; вони не беруть до уваги реальні відмінності між самістю і об'єктом.

Якобсон, на відміну від Кляйн, розуміє інтроекцію і проекцію як психічні процеси, які стали результатом того, що образи себе самого набирають рис образів об'єктів. Ці механізми беруть початок у ранніх дитячих фантазіях інкорпорації і відторгнення та повинні відрізнятися від них. Пізніше вони можуть бути включені до системи захисту, а у хворих психозами вони використовуються при спробах відновлення. На приедіповій нарцистичній стадії вони складають разом з переживаннями задоволення-незадоволення і перцептивним досвідом основу для формування репрезентацій самості й об'єктів. В основному ці механізми виділяються з допомогою покращеної перевірки реальності (сприймання і самосприймання) і шляхом селективної ідентифікації.

З прогресивним розвитком і диференціацією тілесних і психічних функцій (моторна активність, початковий контроль за потягами, покращання сприймання і самосприймання, організація слідів спогадів, перевірка реальності, утворення символів) стають можливими зміни у вигляді відношень дитини до "світу об'єктів", його нарцистичні прагнення набирають нових напрямів, змінюються їхні цілі. Поряд з інстинктивними потребами спостерігаються незалежні від них прагнення до реальних досягнень. Під впливом конфлікту потягів вони "навантажуються" агресивною енергією: з'являється конкуренція, суперництво і заздрість. Бажання дитини залишитися частиною об'єкта любові чи зробити його частиною своєї самості пом'якшується бажанням бути реально схожою на нього.

Ця мета досягається шляхом селективної ідентифікації, яка ґрунтується на механізмі "парціальної інтроекції". Важливу роль при цьому відіграє "ідентифікація з матір'ю як з агресором" (А. Фрейд, 1949).

“Цей новий і високорозвинений спосіб ідентифікації являє собою компроміс між дитячою потребою зберегти симбіотичну ситуацію, залишитися захищеним і залежним від об’єктів любові, що забезпечують її захист, примкнути до них з одного боку, і послабити незалежну діяльність функцій Его — з другого. Під впливом едіпового суперництва цей конфлікт зазвичай в кінці едіпової фази досягає своєї першої найвищої точки, щоб потім через утворення Супер-Его отримати вирішення. Але в юності він знову інтенсивно переживає своє останнє загострення і знаходить завершальне вирішення у перериванні едіпових відносин юності і з встановленням автономії Его і Супер-Его”.

На цій стадії зростаючого значення набувають приедіпові і пізні едіпові трикутні констеляції. Так само, як і інтеграція репрезентацій поганих і хороших об’єктів, здійснюється покрокова інтеграція хороших і поганих саморепрезентацій, призводячи до виникнення об’єктної постійності. Поряд з цим розвиваються ідеальні саморепрезентації як відображення досягнутих змін в собі самому, продовження через ідеальні об’єктні репрезентації, для захисту хорошого відношення до матері утворюються компенсуючі ідентифікації. Зрив цих процесів призводить до депресивних психопатологій (Якобсон, 1971).

Слід врахувати значення, якого набуває фрустрація збуджень, захоплень і почуттів. Конфлікти амбівалентності, які виникають внаслідок цієї фрустрації, спонукають дитину до конструктивного віддалення, диференціації і автономії.

“Тому фрустрація, вимоги і обмеження в рамках границь норми в принципі підтримують процес відкриття і розрізнення самості об’єкта. Вони підсилюють нарцистичне формування Его і сприяють утворенню вторинної автономії Его і Супер-Его” (Якобсон, 1971).

Стилі виховання, слідуючи яким, мати надмірно опікає дитину, владарює над нею, примушує її поводитись пасивно чи залежно, поводиться з нею як з простим продовженням своєї самості і при цьому ігнорує її власні потреби, можуть призвести до фіксації об’єктного відношення на примітивному нарцистичному рівні; наслідком будуть відповідні патології.

Впливами, що сприяють розвитку, є маніфестації заздрості, прагнення до володіння і жадібність, які ведуть до амбівалентних ставлень до суперників (приедіпові конфлікти і суперництво).

Відкриття ідентичності, яке забезпечили відмежування, протиставлення, суперництво і конкуренція, — це передумова кроку вперед, на рівень, який відповідає дійсності об'єктивних відносин, а також часткових селективних ідентифікацій. Розвиток інтегрованих саморепрезентацій і об'єктивних репрезентацій є передумовою тривалих емоційних відносин з матір'ю; тільки коли вони виникають, суперники можуть бути визнані.

Зростаюча перевага лібідозного заміщення є умовою для досягнення нормального відчуття самоцінності, для утворення об'єднаного уявлення самості.

"Виникнення об'єктивної постійності константності самості слід розглядати як дуже важливу попередню умову для здорового процесу ідентифікації і нормального утворення Супер-Его".

"Тільки коли ідентифікації стають довготривалими, селективними і незмінними, вони можуть все більше і більше інтегруватися та ставати частинами Его, вони можуть ґрунтовно модифікувати структуру Его і захищати його формування та стабілізацію системи захисту. Це сприяє розвитку Его, виникненню вторинної Его-автономії і, одночасно, процесу формування ідентичності до тієї точки, де дитина розуміє, що у неї є когерентна самість, яка володіє протяжністю і, не дивлячись на будь-які зміни, залишається однаковою" (Якобсон, 1971).

Цей розвиток, який запущений об'єктивною постійністю, продовжується на четвертому і п'ятому році життя і завершується подоланням едіпового комплексу і початком латентної фази. Під час цієї фази ідеальні репрезентації самості і об'єктивні репрезентації інтегруються в Его-ідеал, а Его-ідеал стає частиною Супер-Его. Тільки тепер проявляється чітке розрізнення між Его і Супер-Его, яке закінчується становленням потрійної структури (Ід, Его і Супер-Его).

В едіповій фазі провідну роль переймають гетеросексуальні інстинктивні імпульси і цілі. У зв'язку з едіповими фантазіями бажання ідентифікації з едіповими суперниками стають все сильнішими і зрештою долаються; навпаки, ідентифікації з об'єктом любові протилежної статі більшою мірою гублять своє значення, оскільки він остаточно стає переважаючим об'єктом любові. Таким чином реалізуються едіпові сексуальні та суперницькі прагнення, і виникнення статевої ідентичності під час цього періоду стимулююче впливає на розвиток дитячих об'єктивних відношень та ідентифікації загалом, а особливо на їхній напрям.

У подальшому проявляється зростаюча диференціація та ієрархічна підпорядкованість міжособистісних стосунків дитини, так само формуються її Его-інтереси та ідентифікації з об'єктами своєї статі і різного віку; ці процеси завершуються лише в юності.

Концепції сепарації–індивідуації Маргарет Малер

Великий вплив на теоретичні позиції Едіт Якобсон, а пізніше і Отто Кернберга, надали запропоновані Маргарет Малер, Фредом Пайном і Анні Бергманом узагальнення систематичних спостережень за інтеракціями матерів і дітей, проведені в рамках дитячих садків. Психічний розвиток дитини представлений Малер і її співробітниками (Малер, 1968, 1975; Малер, Пайн і Бергман, 1975) з позиції симбіозу, відділення та індивідуалізації. Основними інстинктивними силами цього розвитку є найважливіші зміщення лібідних і агресивних заміщень тілесної самості, а також зміна характеру і поведінки зближення-віддалення між дитиною і матір'ю у процесі розвитку, протікаючим від біологічного народження до немаючої жорстокої тимчасової прив'язки лібідної постійності об'єктів (Малер, 1975). Необхідними передумовами інтрапсихічних процесів відділення і індивідуалізації є соціобіологічне використання матері як "зовнішньої половини самозвеличання"

(Шпіц, 1965), а пізніше — емоційна можливість мати у своєму розпорядженні об'єкт любові, тобто постсимбіотичного партнера.

Протягом перших тижнів життя дитина перебуває у стані нормального аутизму. Здається, що вона "знаходиться у стані примітивної галюцинаторної дезорієнтації, в якому задоволення потреб залежить від її повновладного оточення" (Малер, Пайн і Бергман, 1978).

На другому місяці починається симбіотична фаза. Немовля перебуває у "стані недиференційованому, невідокремленому від матері... коли "Я" ще не відділяється від "не-Я". В цей час виникають "острови пам'яті", проте ще не відбувається розділення зовнішнього і внутрішнього, самозвеличання та ін.

Істотною ознакою симбіозу є "галюцинаторно-ілюзорний соматопсихічний всесильний зв'язок з матір'ю і, особливо ілюзорне, представлення загальної межі обох, насправді розділених, індивідів" (Малер, Пайн і Бергман). Цю "закриту систему матері і дитини" (Шпіц, 1973), специфічну якість їхніх відносин, можливість "ігрового простору" між ними можна розглядати як суб'єкт розвитку. Він полягає у подальшому кінестетично збереженому переживанні власного і материнського тіла, які розпізнаються як невіддільні один від одного. Для формування базального відчуття впевненості і основоположних емоційно-комунікативних здібностей велике значення має емоційна готовність матері.

Приблизно у віці від чотирьох до п'яти місяців настає перша субфаза процесів відділення і індивідуації: фаза диференціації. Можна спостерігати, що дитина отримує задоволення від смислового сприйняття, цікавості і повторної перевірки матері (різновид порівняльного обмацування матері й інших). Для реалізації відділення дитини від симбіотичного зв'язку з матір'ю відношення до неї піднімається до більш високого рівня інтеграції. Серед іншого, протяжність зміцнюється за допомогою симультанного відношення обох симбіотичних партнерів до третього об'єкта, "батька", який упевнено проживає відношення відділення від матері (Джеймс Ротман, 1978). Щоб отрима-

ти досвід розрізнення, використовується безпечність симбіотичного модусу відносин. Перехід з рук матері на руки батька дає змогу досягти нової позиції (Міхаель Бухгольц, 1990; див. також Імре Херманн, 1985, 1989).

Приблизно на дев'ятому місяці починається друга субфаза, що отримала назву перехідної фази. Її найяскравіша поведінкова ознака — перевірка руху вперед. Просунувшись вперед у своєму моторному розвитку, дитина сама починає визначати межі близькості і дистанції від матері; вона може навчитися активно користуватися близькістю і дистанцією. Експлозивна поведінка спрямовується також на нелюбимі об'єкти; активно визначається об'єкт переходу (Віннікотт, 1965). При дослідженні світу дитина зберігає свою оптимальну дистанцію від матері як "рідної основи" і повертається для "емоційної заправки" від неї. Дослідження світу об'єктів і "любовного відношення до світу" залежать від можливості "мати у своєму розпоряджанні" матір. Ернст Абелін (1975, 1986) звернув увагу на особливу роль батька на цій фазі розвитку. Батько і сіблінги — це перші "матеріальні крапки" в розширюючому світі. Дорослий чоловічої статі здається дитині найпривабливішим об'єктом. Під час цієї субфази батько залишається "неконтомінованим" об'єктом любові, тобто він, на противагу спотвореному проекцією і інтроекцією образу матері як результату повалення переживань, які виникають переважно на симбіотичній фазі, більшою мірою сприймається як людина, яка володіє власними правами.

Любов, яку проявляє дитина до самої себе і світу об'єктів, її нарцисизм і потенційна об'єктна любов досягли тепер своєї вищої точки, це робить можливим й укріплює інтерналізацію образу себе.

"Дитина концентрується на тому, щоб повправлятися, підвищити свою майстерність, оволодіти автономними (незалежними від матері і батька) здібностями. Вона радіє першим здібностям, постійно захоплена відкриттями, які робить у своєму розширюючому світі, і певною мірою закохана у світ, власну величину і всесилля" (Малер, Пайн і Бергман, 1978).

Дитина може порівнювати, сприймаючи віддалені об'єкти з досвідом, який вона здобуває у взаємодії з об'єктами. Нова позиція формує інше самозвеличення.

Наступна фаза — "повторного зближення". Дитина демонструє дві характерні ознаки поведінки: безперервне "стеження" за матір'ю і втікання від неї. Комунікативний діалог полягає в обміні за допомогою знаків і сигналів, він визначає всю першу половину другого року життя і пристосовується до збільшуючого числа вокалізації зі зростаючим числом слів. Розширені когнітивні здібності дають змогу поліпшити вербальну комунікацію і закладають основу для зародження "образного інтелекту" (Жан Піаже, 1936). Спостерігається встановлення когерентного самозвеличання і статевої ідентичності. На фазі повторного наближення дитина коливається між регресивними бажаннями злиття з матір'ю і тріумфальним захистом "любовного відношення до світу", щойно завойованої самостійності. Виникає тріада цілісної особи і, відповідно, конфлікт залучення або вигнання третього. Фігура батька, іншого, дає дитині можливість рішення конфлікту цих тенденцій, дозволяючи йому зміну позиції в рамках тріади. Із зміцненням внецентричної позиції через ідентифікацію з фігурою батька, через відкриття незалежного від світу, об'єкти стають "постійними".

Так само, приблизно до початку третього року життя, починається четверта субфаза — "консолідація індивідуальності, початок емоційної об'єктної постійності". Найважливішим завданням розвитку протягом цієї фази є придбання чітко окресленої індивідуальності і певної міри об'єктної постійності. Створення афективної (емоційної) об'єктної постійності (Хартманн, 1952) належить до її найважливіших результатів; вона заснована на передуючому когнітивному втіленні символічної внутрішньої репрезентації перманентного об'єкта (в термінах Піаже) (Малер, Пайн і Бергман, 1978). Таким чином, розвивається підтримуване вербальною комунікацією, рольовою і фантазійною грою і зростаючою здібністю до перевірки реальності чітке переживання власної, відмежованої від ранніх референтних осіб, ідентичності.

Друге досягнення полягає у тому, що реалізуються обидва переживання відчуття ідентичності: 1) усвідомлення відокремленої від оточення індивідуальної єдності і 2) початкове встановлення самоідентичності (Малер, Пайн і Бергман, 1978).

Підхід Отто Кернберга

Підходи Малер і Якобсон підтримані насамперед клінічними дослідженнями і теоретичними розробками Кернберга. Він погоджувався з цими авторами в тому, "що найранніші процеси інтеріоризації характеризуються діадичністю, тобто спостерігається полярність самості і об'єкта з урахуванням того, що репрезентації самості і об'єктів ще не диференційовані. Крім того, беруться до уваги також усі майбутні кроки розвитку діадичних інтеріоризацій, тобто інтеріоризація не тільки об'єкта як об'єктна репрезентація, а й інтеракція самості і об'єктів (і пов'язані з ними афективні диспозиції) як вихідні складові елементи, на яких ґрунтується подальший розвиток інтеріоризованих репрезентацій об'єкта і самості й пізніше поширювана трискладова структура (Его, Супер-Его, Ід)".

Як фундаментальний, найранніший і найпримітивніший рівень в організації процесів інтеріоризації Кернберг розуміє інтроекцію; вона означає, що завдяки структурованому зв'язку слідів пам'яті здійснюється репродукція і фіксація взаємодії з навколишнім світом. Вона містить зображення об'єкта і зображення самості при взаємодії з цим об'єктом, а також афективну тональність, яка знаходиться під впливом репрезентації потягів. Ця афективна тональність є активною валентністю, яка визначає організацію інтроекцій "хороших і поганих внутрішніх об'єктів". Цей процес сприяє розрізненню самості і об'єкта та встановленню меж Его.

Ідентифікація є формою інтроекції на вищому рівні і характеризується тим, що дитина на основі її когнітивної компетентності може розпізнати рольові аспекти міжособистісної взає-

модії; об'єктні репрезентації і саморепрезентації збагачуються цими рольовими аспектами, і афективні відтінки, відповідно, стають більш диференційованими.

Его-ідентичність створює найвищий рівень в організації процесів інтеріоризації. Тут встановлюється консолідація структури Его, пов'язана з почуттям протяжності самості; крім того, виникає узгоджена концепція "світу об'єктів". Его-ідентичність, відповідно до цього трактування, містить усвідомлення дериватів потягу, які визначають і модифікують матрицю існуючих в Его диспозицій і афектів; з нею також пов'язаний контроль за дериватами потягу. Під час цих процесів інтеріоризовані об'єктні відносини деперсоналізуються і інтегруються у структури вищого порядку, тобто у структури Его і Супер-Его. Існують також образи об'єктів, які меншою мірою включаються у це структурування; вони залишаються незмінними і зберігаються у витісненому несвідомому.

Процес індивідуалізації характеризується перетворенням примітивних ідентифікацій в селективні, сублімовані; це проходить під впливом добре інтегрованої Его-ідентичності. Продовженням існування "непереваренної" ранньої інтроекції є переживання патологічної фіксації рано і тяжко порушених об'єктних відносин, які тісно пов'язані з патологією розщеплення.

Представлена Кернбергом модель раннього розвитку Его ґрунтується на трактуванні Хартманна і Якобсон недиференційованої фази розвитку, на якій Его й Ід ще утворюють сумісну матрицю. При цьому об'єктні відносини розуміються як суттєвий організатор Его. Приєднуючись до позиції Малер, Кернберг формулює концепцію п'яти фундаментальних стадій нормального і патологічного розвитку інтеріоризованих об'єктних відносин і їх клінічних імплікацій. Ці стадії такі:

1) нормальний аутизм або недиференційована первинна стадія;
2) нормальний "симбіоз" або стадія первинних недиференційованих уявлень про об'єкти і про себе;
3) стадія диференціації уявлень про об'єкт і про себе;

4) стадія інтеграції уявлень про об'єкти і про себе та розвиток зрілих інтрапсихічних структур;
5) стадія консолідації і інтеграції Его і Супер-Его.

Тим самим Кернберг зробив накид теорії об'єктних відносин, яка об'єднує психоаналітичну теорію інстинктів з підходом Его-психології. На цій основі він розробив концепцію етіології, патогенезу і психопатології різних захворювань і сформував деталізовані уявлення про діагностику, диференціальну діагностику і терапію.

У ході подальшого розвитку психоаналітичної теорії стало зрозуміло, що об'єктні відносини варто визначати не як "енергетичне заміщення об'єкта". Клінічні спостереження (особливо реінсценування об'єктних відносин в аналітичній ситуації) і психоаналітичні дослідження ранніх взаємодій матері і дитини істотно прояснили той факт, що вже між новонародженим і матір'ю відбуваються складні процеси обміну і узгодження; ці комунікації розвиваються у комплексний внутрішній діалог; важливе значення тут відіграють численні потреби і бажання об'єктів, які беруть участь у взаємодії і комунікації, так само як і актуальний ситуативний контекст.

Сандлер серед іншого вказав на проблему рольових відносин, яка, на його думку, повинна мати основне значення для концепції об'єктних відносин: рольові відносини відіграють важливу роль в аналітичній діагностиці і терапії.

Дитина починає "... вже скоро після свого народження демонструвати диференціальні реакції, які залежать від стилю поведінки і рольових вимог матері. У своєму розвитку маленька дитина створює все більш комплексні внутрішні репрезентації взаємодій і відносин, діалогів між самим собою і об'єктом. Цей діалог з об'єктом пізніше стає інтегрованою частиною її фантазій і бажань задоволення, зниження почуття незадоволеності і насамперед прагнення до безпеки. Ранні "переговори" продовжуються як важлива частина духовного життя і в дорослому віці. Ранні рольові відносини дитини до її захисників приводять до виникнення потреби спонукати її об'єкти до "злиття" з собою, щоб вона могла відчувати себе захищеною. Взаємодія

з об'єктом (в дійсності і фантазіях) пропонує підтвердження за допомогою виникаючого в неї почуття захищеності".

Рівень цього "забезпечення" хорошими почуттями, які здобуваються завдяки підтвердженням і перестраховці, повинен підтримуватися постійно: якщо він знижується до певного ступеня, то пробуджуються бажання, які перебувають у взаємозв'язку з регенерацією необхідного рівня базального благополуччя. Такі бажання досить тісно пов'язані з об'єктами. Обмін і узгодження виступають посередниками почуття захищеності і благополуччя, при їх перериванні проявляється тривога. На важливість такого діалогу між немовлям і матір'ю вказував вже Шпіц. У зв'язку з цим стають цікавими результати новіших досліджень в галузі взаємодії матері і дитини, оскільки зачеплені в них питання мають принципове значення і для створення теорій, і для клінічної практики психоаналізу.

Результати нових досліджень новонароджених грудних дітей

Пряме спостереження за дітьми має у психоаналізі давню традицію (Джон Боулбі, Анна Фрейд, Мелані Кляйн, Маргарет Малер, Рене А. Шпіц, Дональд Віннікотт). Проведені цими вченими і їхніми співробітниками дослідження та зроблені ними коментарі лежать в основі психоаналітично орієнтованої концептуалізації нормального і паталогічного розвитку.

Дані нових досліджень новонароджених грудних дітей є результатом ретельно спланованих експериментів і чітко виділених стадій протікання. Вчені концентрують свої дослідження насамперед навколо стану "настороженої інактивації", тобто феномен живої уваги грудної дитини. Вони спостерігають демонструючу поведінку і описують передусім сенсомоторно-афективні зразки поведінки і виникнення психічних структур під впливом ранніх процесів взаємодії в системі мати — дитина (модель взаємодії, транзактна модель).

Сучасна електронна відеотехніка дає змогу здійснити диференційовану реєстрацію і оцінку поведінки в системі мати — дитина. Ряд авторів спробував зробити ці результати корисними для психоаналітичної теорії розвитку і відповідної терапії. Таким чином, теоретичні концепції, такі як первинний нарцисизм, стадія відсутності об'єкта чи недиференційована фаза розвитку Его, а також гіпотеза аутичної і симбіотичної фази Малер та концепція параноїдно-шизоїдної і депресивної поведінки Кляйн потребують серйозної перевірки, як це показали Едуард Шюслер і Анна Марія Бертл-Шюслер. З другого боку, цими дослідженнями підтверджуються деякі інші психоаналітичні концепції, наприклад, концепція первинної об'єктивної любові Балінта, концепція комунікації матері і дитини Віннікотта.

На думку багатьох авторів (Мартіна Дорнса, 1993; Роберта Емде, 1981,1991; Георга Келера, Даніела Штерна, 1979,1985; Агнети Шторк, 1976), грудна дитина із самого народження готова до преадаптивної поведінки, вона виступає як активна, здатна сприймати і шукати стимуляцію, афективна і частково регулююча саму себе істота, яка володіє вродженими зразками соціальної готовності реагувати. Їй вже притаманні диференційовані функції сприймання для розпізнання навколишнього світу, вона здатна вчитися і формувати сліди пам'яті.

Новонароджений малюк також має у своєму розпорядженні різноманітні довербальні способи комунікації, які роблять можливим цілеспрямовану, активну і афективну взаємодію з першими референтними особистостями. Мати і дитина спрямовані на активність, сумісність і взаємне "підлягання". Вони формують розвивальну інтеракціональну систему, де кожен партнер має власні можливості ініціювати поведінку іншого, впливати на неї або зупиняти ті чи інші поведінкові прояви. Зв'язок, який створюють мати і дитина, засновується на реципрокності. Він дає змогу виникати новій поведінці, яка змінюється під час реципрокної спільної гри і веде до комплексної організації.

Як основні мотиви поведінки і розвитку Емде вирізняє активність, самоуправління, соціальну пристосованість, афективне спостереження; як подальші комплексні структури мотивації —

називає біологічно підготовленні афекти (афективне ядро самості, яке насамперед сприяє розвитку позитивних почуттів), ранні моральні мотиви (зокрема такі пов'язані з цим "ранні моральні почуття", як гордість, сором і "зачеплені почуття"), а також ранні мотиви відносин (розділене значення і розвиток почуття "ми"). До проблеми здатності репрезентацій існують різні підходи. Численні дослідники зафіксували як широкий аспект репрезентацій, що з'являється вже при народженні, так і абстрактні репрезентації, що підтримуються стимулами внутрішньої репрезентації, які розвиваються наприкінці другого року життя.

Після цього короткого перегляду важливих результатів дослідження грудних дітей і новонароджених та їх теоретичні свідчення в інтеракціональну чи транзактну модель необхідно пояснити концепцію Георга Ліхтенберга і Даніела Штерна: обидва автори інтегрують ці результати у свої теорії психології розвитку, причому основний акцент робиться на розвитку об'єктних відносин і внутрішніх репрезентацій самості і об'єкта.

У той час як Штерн протиставляє традиційним психоаналітичним моделям розвитку свою незалежну від цього концепцію виникнення самості, Ліхтенберг намагається поєднати інтеракціональну модель з інтрапсихічною моделлю психоаналізу.

Концепції психічного розвитку Георга Ліхтенберга

У традиції Хартманна, Еріксона, Шпіца і Віннікотта Ліхтенберг намагається інтегрувати результати досліджень грудних дітей у психоаналітичну модель розвитку і ставить при цьому під сумнів попередні положення концепцій Малер і Якобсон. При цьому головним його інтересом є розвиток об'єктних відносин і самоставлення, а також репрезентацій самості і об'єктів.

Ліхтенберг виходить з того, що грудна дитина є істотою, яка відчуває і діє, при цьому саме на основі запрограмованих і завчених взірців перцептивно-афективних діяльних реакцій. Тим самим, твердження Хартманна: "спочатку є пристосування, і тільки потім з'являються спрямовані процеси пристосування до себе". Це генетичне забезпечення дає змогу новонародже-

ному із самого початку вступати у взаємодію з навколишнім світом і організовувати свої переживання.

Результати проведених досліджень вказують на те, що лише після закінчення першого року життя з дозріванням багатьох інших здібностей розвивається також і здатність створювати образ себе і поміщати його в межі, які описують самість як тілесну єдність у просторі і часі. Також з цього моменту маленька дитина набуває здатність створювати образ інших.

У результаті поступового розвитку протягом другого року життя дитина стає здатною створювати психічні репрезентації, які формують контекст переживань, що протікають.

Оскільки до цього часу принципи, що лежать в основі, більше не здаються правомірними на фоні результатів найновіших досліджень, необхідно знову відповісти на ряд питань. Як на першому році життя диференціюються репрезентації самості і об'єктів? Як грудна дитина рухається від аутичного стану (без усвідомлення об'єктів) через симбіоз до відокремлення об'єкта та індивідуалізації самості? Як вона бореться із вродженою агресією, жорстокістю і як у неї формується співчуття? Отже, слід критично розглянути питання про здатність дитини до створення механізмів захисту, які, у розумінні Ліхтенберга, пов'язані із здатністю до символічних репрезентацій, і тому їхню появу варто очікувати лише на третьому чи четвертому році життя.

На другому році життя маленька дитина поступово набуває відчуття своєї самості. Все більш розвивається здатність сприймати об'єкт у його своєрідності і незалежно від його функцій.

Самість стає об'єктом спостереження до того моменту, коли приблизно в середині другого року життя оформляється "самість, як ціле". Це становлення підтримують певні кроки дозрівання і розвитку, а саме підсилена тенденція стверджувати самого себе і виступати в опозиції до матері, сильніше усвідомлення відчуттів власного тіла і пов'язана з цим побудова образу тіла, а також постійне зростання символічних процесів мислення.

Ця "самість, як ціле" володіє функцією духовного "керівника", під якою Ліхтенберг розуміє керуючу, суб'єктивно переживаючу і діючу самість.

Факторами, які відповідають за прояв цієї цілісної самості, є все глибше розуміння наслідків власних дій і їх передбачення, а також розвиток здатності планувати дії відповідно до очікувань референтних осіб: вдала взаємодія супроводжується почуттям функціонального задоволення і радості від своєї компетентності.

Все більшого значення для перебудови світогляду у другій половині другого року життя набуває мовлення.

На думку Ліхтенберга, після досягнення цього рівня розвитку, на якому можна довести існування інтрапсихічного світу репрезентацій, модель інтрапсихічної регуляції чи конфлікту є кориснішою при аналізі особистості дитини, що росте, ніж інтеракціональна модель. Але і при заміні інтеракціональної моделі інтрапсихічною він рекомендує "не забувати інтеракціональний контекст, оскільки він є досить важливим протягом всього життєвого циклу особистості".

Про психоаналітичну діагностику і терапію на основі запропонованої концепції розвитку Ліхтенберг робить такі висновки: "Коли ми застосовуємо психоаналітичний метод, ми не можемо очікувати реконструкції події останніх 18 місяців. Ми можемо вияснити, як були організовані ці події: вперше — у другій половині другого року життя, і пізніше — з допомогою сильніших трансформацій досвід першого року життя може залишати свій слід, але впізнання окремих зразків із перцептивно-афективного модусу дії лежить "по той бік значення" вербальної комунікації. Такі рекомендації повинні опиратися на результати спостережень за вербальною комунікативною поведінкою. Лише емпатична готовність прийняття, а не емпатійне розуміння, є основоположним, допоміжним засобом, з допомогою якого можна зрозуміти навіть ранній досвід пацієнта".

Ліхтенберг припускає, що набуте при вивченні грудних дітей нове знання матиме істотне значення для психоаналітичної практики. Додатковим до аспектів основної і фонової комунікації і емпатії є поняття регуляції. Між зусиллями і недостатністю регуляції та інтрапсихічними конфліктами існують комплексні відносини, дослідження яких збагатило б розуміння особистості пацієнта і її порушень: воно могло би при-

вести до того, що багато регуляторних уявлень, які імпліцитно містяться у традиційній аналітичній теорії, стануть яснішими, крім того, вони могли би сприяти вирішенню суперечки про підходи до психології самості. У цих підходах розвиваються уявлення про регулювання стану самості, але при цьому не дається хоча б приблизного пояснення інтрапсихічних конфліктів, які обов'язково протікають із порушеннями регуляції.

Концептуалізація самості Даніела Н. Штерна

Штерн виходить з того, що від самого народження, тобто одразу ж після набуття здатності до символізації, у людини з'являється превербальне відчуття або почуття самості. Під самовідчуттям він розуміє організований суб'єктивний досвід без безпосереднього рефлексивного усвідомлення самості, яке розглядається як початково організований і структурований принцип розвитку. Ця модель завершує становлення незалежної концепції розвитку самості.

Для Штерна розвиток самості із самого народження являє собою континуум; цей розвиток нерозривно пов'язаний з пережитими стосунками. В розвитку самості він виділяє чотири ступеня:

- самість, яка проявляється;
- ядро–самість;
- суб'єктивна самість;
- вербальна самість.

Штерн відхиляє концепцію первинного стану недиференційованості і неорганізованості. Розвиток вже впродовж перших двох місяців життя визначається вродженими здібностями створювати відносини і отримувати когнітивний і афективний досвід.

Між другим і шостим місяцями життя немовля вже володіє базальним інтегративним відчуттям самого себе та інших. Воно містить відчуття когерентності і відділеної від матері тілесності; це означає контроль за власними діями, відчуттями власних афектів, протяжності і партнерів по взаємодії; тоді ж починає формуватися пам'ять.

Штерн називає ряд здібностей, які дають змогу немовляті відкривати те, що він називає "інваріантами самості": відчуття причинності, когерентності, афективності й історії самості. Він вказує на здатність підтримувати превербальну пам'ять самого себе, яка існує поза часом. Зростаюча інтеграція цих інваріантів самості відбувається з допомогою здібності до абстрактної репрезентації і з допомогою накопичення цього повторюваного досліду з допомогою "епізодичної пам'яті" у формі генералізованих репрезентацій взаємодії.

"Пережитий епізод — у тому вигляді, як він представлений в пам'яті, — являє собою єдність різноманітних атрибутів досвіду. Відносини — це те, що панувало в реальному житті. Якщо розглядати їх так, то власний досвід, який змінюється, і регулююча роль, яку відіграє партнер, пов'язані між собою не просто завченим способом. Вони більшою мірою оточені суб'єктивним досвідом саме того епізоду, в якому вони обидва сприймаються в сукупності з іншими атрибутами і зберігається їхнє відношення один до одного... важливо запам'ятати, що RIG (Representations of Interactions in Generalized form — уявлення взаємодій в узагальненій формі) є гнучкою структурою, яка являє собою середню більшість реальних подій і формує прототип, який стоїть за всією сукупністю подій. RIG — це щось, що ні разу до цього не відбувалося саме в такому вигляді, але на нього впливає все те, що в дійсності одного разу відбулося".

Між сьомим і дев'ятим місяцями життя дитина пізнає "інтерсуб'єктивність" на превербальному рівні. Штерн розрізняє три домовні інтерсуб'єктивні форми пізнання:

- загальний локус уваги;
- загальні інтенції;
- загальні афективні стани через взаємне узгодження афектів.

Між п'ятнадцятим і вісімнадцятим місяцями життя виникає, разом із здібністю до символізації і оволодіння мовленням, новий ступінь організації (вербальна самість) з новими можливостями міжособистісного відношення: самість стає об'єктом спостереження і рефлексії, дії представлені символіч-

но в рамках тимчасового історичного і динамічного контексту, оволодіння мовленням веде до нових відносин між дитиною і батьками. З оволодінням мовленням пов'язана і криза саморозуміння: більш ранній глобальний, невербальний і амодальний досвід лише частково може бути переданий словами.

Це віддалення двох форм інтерперсонального досвіду і знання про самість, пережите і пред'явлене вербально, також має істотні наслідки для пізнання і терапії раннього довербального травматичного досвіду. Ці довербальні генералізовані репрезентації взаємодії, якщо пізніше вони не будуть трансформовані в символічні репрезентації, продовжують діяти безсвідомо. Інші символічні образи себе витісняють, так як вони не з'єднані з центральними репрезентаціями.

Отже, з одного боку, ідентичність може бути озброєна безсвідомими саморепрезентаціями, які збереглися в генералізованих "епізодичних спомина́х", а з другого — вона може також будуватися у вигляді контрідентичності під впливом витіснення і по-іншому перероблених захистом саморепрезентацій. Тому ідентичність відносно безсвідомого виступає як неідентичне.

Теорія прив'язаності

Теорія прив'язаності, вперше розроблена Дж. Боулбі, набуває все більшого значення у психоаналітичних дослідженнях.

З одного боку, у своїй теорії прив'язаності Боулбі опирався на психоаналітичну традицію, а з другого — орієнтувався на етнологічні концепції, особливо на концепції системи прив'язаності, яка існує поряд з іншими системами, що регулюють потреби людини (наприклад, сексуальності та агресії). Ця система розглядається у зв'язку з гомеостатичним процесом, регулює поведінку і служить, головним чином, пошуку і збереженню близькості. Така поведінка співвідноситься з особливими фігурами прив'язаності. Система активізується в ситуаціях небезпеки і особливо тоді, коли дитина розуміє, що досягнення фігур прив'язаності більш не гарантоване. Харак-

терними особливостями або функціями цієї системи являються: пошук і збереження близькості, встановлення надійної бази відносин для фізичного і психічного благополуччя, а також вихідна точка для не суттєвої для прив'язаності поведінки — віддалена сфера, яка в небезпечних ситуаціях пропонує захист, безпеку і розраду.

Під час свого розвитку дитина інтеріоризує ранній досвід прив'язаності (зокрема здатність до відчуття і відповідних реакцій матері та інших важливих фігур прив'язаності) як "внутрішню робочу модель" цього досвіду відносин із значимими раніше відомими об'єктами. Така модель визначає рамки відносин, те, наскільки хто-небудь може очікувати близькості та надійності від партнера у відносинах і наскільки він сам відчуває цінність любові та уваги, тобто може допустити близькість. Залежно від актуального оточення, в якому формується характер прив'язаності, розвиваються різноманітні приклади прив'язаностей або стилів як результат інтерналізованого досвіду прив'язаностей: надійний, надійно-уникаючий, ненадійно-амбівалентний і дезорганізований.

З огляду на зазначене багато дослідників розглядали ці стилі прив'язаностей з різних позицій. Не дивлячись на питання, які залишились відкритими, як загальний висновок досліджень у рамках психології розвитку виступає ідея про те, що прив'язаність сильно і нерозривно пов'язана із переживаннями і поведінкою людини і що з високою долею вірогідності можна говорити про зберігаючу стабільність стилів прив'язаності.

Крім того, в літературі існує багато загальних роздумів відносно важливості цих питань для концептуалізації психотерапії і розуміння психопатології. Георг Келер, який детально аналізував клінічне використання концепцій і результатів досліджень в рамках теорії прив'язаності у контексті психоаналітичної терапії, пише: "Чим більше дізнається аналітик за допомогою дослідження новонароджених і малят про нормальні та патологічні процеси першого року життя, тим глибше він зможе зрозуміти пацієнта, емпатійно проникнути в його переживання".

Трансактний аналіз як метод психотерапії

Сьогодні трансактний аналіз представляє собою один з класичних варіантів сучасного психоаналізу. Його розвиток проходив бурхливо, адже перша згадка ідей трансактного аналізу відноситься до 1957 р.

Він розроблений як спеціальний метод групової психотерапії. Будучи популярною сучасною теорією, став результатом розвитку психоаналітичної і гуманістичної концепцій.

Сучасний трансактний аналіз являє собою теорію особистості, теорію комунікацій, аналіз складних систем і організацій, теорію дитячого розвитку і теорію психопатології. В практичному застосуванні він є системою психотерапії, яка використовується при лікуванні всіх видів психічних розладів — від повсякденних життєвих розладів до психозів. Метод лікування окремих людей, подружніх пар, сімей і груп.

Міжнародна асоціація трансактного аналізу визначає його як теорію особистості і системну психотерапію з метою розвитку і зміни особистості.

Е. Ейві, В. Ейві, Л. Саймак-Доннінг (1987) пишуть про трансактний аналіз: "Трансактний аналіз можна визначити як динамічну психотерапію Фрейда, у поєднанні з більш гуманістичним філософським підходом, особливою увагою до зміни поведінки і мислення в поєднанні з хорошою подачею матеріалу. Трансактний аналіз — відмінний приклад терапії, який ґрунтується на прекрасній теорії, що відкрито показує перед суспільством свої погляди. Трансактний аналіз важлива частина освіти хорошого терапевта".

Цікаво, що ці автори не трансактні аналітики. Вони висловлюють незалежну точку зору.

Однією із важливих позитивних характеристик трансактного аналізу є його здатність і готовність інкорпорувати в собі ідеї і техніки інших напрямів, навіть тим, які суперечать теоретичним основам трансактного аналізу.

Фахівці з класичного трансактного аналізу працюють з психологічним матеріалом, що знаходиться на рівні свідомості чи

близького несвідомого людини. Близьке несвідоме за допомогою певних технік може бути виведене на рівень свідомості. Його можна досліджувати. І важливо пам'ятати, що найближчим часом воно знову зануриться на несвідомий рівень.

Трансактний аналіз дає інструмент досягнення змін і терапевту, і пацієнту. Причому пацієнту — на перших же зустрічах.

Відкрита комунікація

У трансактному аналізі використовується принцип відкритої комунікації.

Це означає, що терапевт і пацієнт розуміють один одного, що клієнт може читати літературу з трансактного аналізу.

Коли терапевт використовує надто багато термінології, незрозумілої клієнту, вважається, що цим він прагне захиститися від власної невпевненості, проблем.

Розуміння проблем викликає стрес у пацієнта. Їх усвідомлення — одна з технологій роботи. Важливо після усвідомлення провести процедури, що приводять до змін. У тому числі прийняття рішення і втілення цього рішення в життя.

Пацієнт — його Дитячий стан — видає свої проблеми в закодованій формі. Терапевт допомагає розкодувати і перегрупувати досвід клієнта. Причому терапевт з домінуючим Батьківським станом часто розуміє і надає підтримку. З розвиненим Дорослим станом — часто інтерпретує. А з розвиненим Батьківським станом — активно працює в терапевтичних групах.

Складові класичного трансактного аналізу

Класичний трансактний аналіз складається з п'яти великих розділів.

1. Аналіз фіксованих екзистенційних позицій, зайнятий основними життєвими позиціями чи фіксованими емоційними установками — основними, базовими уявленнями людини про себе, своє місце в суспільстві і навколишньому світі. Вони складаються в період внутрішньоутробного життя чи в ранньому дитинстві.

2. Структурний аналіз, який досліджує складові частини людської особистості і взаємодії між ними, як усвідомлене так

і несвідоме. А несвідома взаємодія частин особистості протікає досить інтенсивно, іноді навіть бурхливо.

Структура людського "Я" в основному складається в дошкільному віці. В подальшому житті без спеціального терапевтичного впливу може розвиватися не більш ніж одна третя від великої кількості її складових.

3. Наступний розділ — аналіз взаємодій, присвячений варіантам міжособистісного спілкування. Всі варіанти спілкування можуть бути розкладені на складові. І вся повнота взаємодії між людьми може бути описана за допомогою семи варіантів спілкування.

4. Аналіз психологічних ігор, який досліджує особливі варіанти міжособистісної і внутрішньоособистісної взаємодії з обманами, пастками, погонями, розплатами, розчаруваннями і виграшами. Всі люди грають в ігри. Розпізнання ігор — особлива місія психотерапевта.

5. І нарешті, захоплюючий розділ аналізу неусвідомлених планів життя, чи життєвих сценаріїв. Багато людей живе й діє за сценарієм і мало хто без спеціальної психотерапевтичної роботи усвідомлює свій сценарій, те, наскільки він вписується у світ, що змінюється на очах.

Отже, п'ять складових трансактного аналізу: аналіз екзистенційних позицій, структурний аналіз, аналіз взаємодій, аналіз ігор, аналіз життєвих сценаріїв. Кожен розділ трансактного аналізу може розглядатися окремо і самостійно. А всі разом вони складають класичну систему сучасного трансактного аналізу.

Основна мета трансактного аналізу

Кінцева мета трансактного аналізу: прийняття відповідальності, володіння собою, досягнення автономії, відмова від поведінки, яка не відноситься до справи, самостійне визначення своєї долі.

Метою трансактного аналізу також є досягнення людиною незалежності і автономії, звільнення від примусовості, включеність у теперішнє, вільні від ігор впливи, які допускають відвертість і близькість.

Кінцева мета трансактного аналізу — навчити людину жити, повністю реалізуючи себе, і бути щасливою у світі, що змінюється.

Дитячий психоаналіз та ігрова психоаналітична терапія

Інтерес до ігрової діяльності як надзвичайно важливої складової життя дитини на сьогодні є звичним, про що свідчить розвиток методів ігрової терапії. "Досить очевидно, — пише Маргарет Ловенфельд, — що діти займалися іграми до історичних часів, і археологічні розкопки свідчать про те, що кожна культура в цьому відношенні мала різні погляди. Любов, з якою дорослі виготовляли іграшки, говорить про те, що з давніх часів люди розуміли, що гра є засобом, який допомагає встановити контакт з дитиною і зрозуміти специфіку її мислення".

Психологія ігрової діяльності стала предметом наукового розуміння порівняно недавно. Протягом довгого часу гра розглядалася в основному або як засіб зайнятості дитини і вихід її енергії, або як інструмент передачі релігійного і культурного досвіду. Лише на межі XIX–XX ст. психологія починає усвідомлювати розвиваючі, гармонізуючі і зцілюючі можливості ігор; вони визначаються засобом засвоєння дитиною соціальних ролей і відкриття її внутрішнього світу.

Велике значення у збільшенні інтересу до ігрової діяльності як важливого боку життя дитини, проливши світло на закономірності її психосексуального розвитку, мали праці З. Фрейда. Особливе значення мало визнання Фрейдом значимості раннього розвитку для формування особистості дитини, а також спроби основоположника психоаналізу пов'язати порушення поведінки дитини з переживанням нею внутрішньопсихічних конфліктів, які мають неусвідомлений характер. Пізніше Фрейд розвинув свої погляди в напрямі особливостей дитячої поведінки, визнаючи гру засобом розвитку психологічної компетентності і емоційного відреагування. Однак, працюючи винятково з дорослими, Фрейд ніколи не

використовував гру як інструмент психотерапевтичної інтервенції.

Включення ігор до арсеналу психотерапевтичних засобів дещо пов'язані з працями М. Кляйн і А. Фрейд. Беручи за основу психодинамічні поняття, вони заснували застосування ігрових методів у лікувально-корекційній роботі з дітьми. Кляйн, на відміну від фрейдівської періодизації стадій психосексуального розвитку, звертає особливу увагу на динаміку змін відносин матері і дитини на етапі їх первинної дистанції один від одного. Велике значення для розвитку психології ігрової діяльності з позиції теорії об'єктивних відношень мало визначення Кляйн значимості переносу. На відміну від Фрейда, Кляйн вважала, що перенос не обов'язково пов'язаний з актуалізацією минулих ситуацій і відношень психотравматичного характеру, але може відображати всю сукупність психологічного досвіду, що проявляється в контексті психотерапевтичних стосунків.

Як відомо, Кляйн розробила ігрову техніку, що є незамінним засобом для вивчення безсвідомих процесів дитини. Вона говорила, що перенос у багатьох випадках яскравіше проявляється у відносинах дитини з предметами ігрової діяльності, ніж із самим психотерапевтом.

Погляди М. Кляйн були розвинені у працях М. Малер, Д. Віннікотта та інших. Ці автори використовували поняття теорії об'єктивних відношень, змогли розробити цілий ряд важливих положень, що стосуються творчої діяльності. Розглядаючи творчий акт як частковий аспект гри, вони запропонували досить вдалу модель, яка уможливлює описати динаміку змінних відносин клієнта з предметами гри діяльності і відображаючий первинний досвід відділення від матері.

Велике значення для розвитку уяви про психологію ігрової діяльності мали введені Віннікоттом поняття первинної материнської турботи, "ігрової арени", "транзитних об'єктів" і деякі інші. Досягнення Віннікотта визначались тим, що він зміг розробити підхід до описання тих форм психологічного досвіду, які формуються на етиці "зовнішньої" і "внутрішньої" реальності. Ці форми психологічного досвіду мають принципове

значення для розвитку креативності і засвоєння дитиною різних форм ігрової діяльності. Їх можна визначити як результат "зустрічі" і взаємодії мислення і почуттів, свідомості і безсвідомості, первинних і вторинних психічних процесів.

Інтерес до цих форм психічного досвіду закономірно проявився у Віннікотта, почавшого свою діяльність як педіатр і пізніше отримавшого психоаналітичну підготовку. Пробуючи розібратися у питанні, яку роль для психічного розвитку дитини мають його відносини з матір'ю, Віннікотт ввів поняття "первинної материнської турботи". У матері протягом перших місяців життя дитини формується здібність ідентифікувати себе з безпомічним малям, дякуючи актуалізації слідів її власного дитячого досвіду. Внаслідок того як дитина розвивається, роль матері постійно змінюється, її здатність до ідентифікації з потребами дитини редукується, і в цей же час починає формуватися так званий ігровий простір. Цим поняттям Віннікотт позначає ті форми "проміжного" психічного досвіду, які формуються у дитини внаслідок її відділення від матері, коли дитина не досягає ще достатньо чіткого відчуття об'єктивної реальності; вона змінюється ілюзійними феноменами, відображаючи первинні психічні процеси.

Велика роль у цьому процесі належить "транзитним об'єктам" і "транзитним феноменам", так званим предметам, до яких у дитини є особлива прив'язаність через те, що вони нагадують її матір. "Транзитні об'єкти", на переконання Віннікотта, є основою для розвитку символічного мислення. Досягаючи певного ступеня контролю над цими об'єктами, дитина розвиває в себе здібність ними маніпулювати. Відносини дитини з ними ефективно насичені. Використовуючи їх, вона отримує певне задоволення.

У зв'язку зі своїми уявленнями про "транзитні об'єкти" і "транзитні феномени" як основу розвитку символічного мислення і різноманітних форм ігрової діяльності, Віннікотт удосконалив ігрову техніку. Він проводив чітку межу між фантазією та грою. Перша розглядалась ним як ілюзійний спосіб задоволення потреб, що не передбачає будь-якої взаємодії з об'єктивною реальністю. Гра ж протікає між внутрішньою і зовнішньою реальністю, а тому веде до розвитку здатності взаємодіяти з ними

обома. Гра є "діяльною" формою психічної активності, що дає змогу контролювати об'єкти. Крім того, вона сприяє розвитку комунікативних навичок і може розглядатися як основа для побудови психотерапевтичних відносин. Віннікотт пише, що "психотерапія протікає в місті з'єднання двох "сфер" гри". "Одна з них є "сферою" гри психотерапевта, друга — клієнта. Тому психотерапію можна визначати, як спільну гру двох людей.

На думку Віннікотта, ігрова діяльність є основною для накопичення культурного досвіду і розвитку навичок творчої діяльності. Її можна вважати властивістю життєвого процесу.

Різні види ігрової діяльності і їхня роль у психічному розвитку дитини стали предметом розгляду у працях Ж. Піаже. Різні види психічної діяльності він пов'язує з різними стадіями психічного розвитку ("сенсомоторні", "символічні" ігри та "ігри з правилами").

Поряд з іншими авторами, Піаже описав загальні ознаки ігрової діяльності. З них можна виділити основні:

1) гра приємна, тобто зазвичай позитивно сприймається її учасниками;
2) гра протікає спонтанно і передбачає наявність в учасників внутрішньої мотивації;
3) гра вимагає високої гнучкості психічних процесів і рольової пластичності;
4) гра є природним наслідком фізичного та інтелектуального розвитку дитини.

Праці Піаже до сьогодні широко використовуються для обґрунтування практики ігрової терапії. Він один з перших підкреслив важливість збереження вербального контакту з дитиною у процесі гри.

Із середини XX ст. цілий ряд авторів починає все активніше застосовувати ігрові техніки у психотерапевтичній роботі з дітьми, поступово відходячи від психоаналітичних, пов'язаних із інтерпретацією, способів їх використання і звертання уваги на особливості поведінки та реакції дитини в ігровій ситуації. Розроблюються нові методики ігрової терапії. М. Ловенфельд, прагнучи структурувати ігрову діяльність у психотерапевтично-

му процесі, запропонувала "техніку побудови світу в мініатюрі". Ця техніка є однією з перших, що пропонує застосовувати набір мініатюрних іграшок та предметів, і є основою для створення пісочної терапії. Її роботи знаменували собою розвиток одного з напрямів в ігровій терапії, що побудований на використанні багатих можливостей ігрової діяльності як такої, без інтерпретації особливостей психотерапевтичних відносин.

Аналітичному дослідженню ігрової діяльності були присвячені праці Еріка Еріксона. У відповідності зі своєю теорією психосоціального розвитку він розглядав ігрову діяльність як комплексний феномен, у якому заломлюються культурні очікування і особливості індивідуального розвитку та сімейної динаміки. Еріксон пише: "Для того щоб правильно оцінити дитину, слід добре уявити собі, до яких ігор у тому чи іншому суспільстві найбільш схильні діти відповідного віку". "Тільки так ми можемо зрозуміти, наскільки відповідає чи не відповідає та чи інша гра конкретній дитині. Для розуміння кожного випадку слід уважно аналізувати не тільки зміст і форму ігрової діяльності, а й ті слова та афекти, якими вона супроводжується". Як і більшість представників психодинамічного напряму, Еріксон розглядав гру як найважливіший засіб вивчення несвідомого. На його думку, в грі послаблюється "цензура" свідомості і активізуються фантазії. Він був упевнений в тому, що пережиті дитиною психічні травми і наявні в неї внутрішні конфлікти так чи інакше з'являються у грі і навіть можуть призводити до порушення її нормального ходу, оскільки через сильні переживання дитина втрачає здатність регулювати процес ігрової діяльності. Еріксон першим звернув увагу на широкі діагностичні можливості гри.

Після цього в деяких країнах проходить швидкий розвиток методів ігрової діагностики, що супроводжується підвищенням ролі нормативних досліджень і обґрунтуванням їх валідності. На сьогодні очевидно, що ці методи є надзвичайно цінним інструментом, який дає змогу вивчати різні аспекти внутрішнього світу дитини, рівень її психічної зрілості, соціальні навички, когнітивні та емоційні процеси, допінгові стилі і способи психологічного захисту тощо. На сьогодні інтерактивні ігрові

техніки є важливим інструментом оцінки внутрішньосімейної структури і динаміки, особливостей взаємин дитини з ровесниками та їх зміни на різних етапах інтеракції. Вони використовуються також для вибору й оцінки результатів лікування, прогнозування поведінки й в інших цілях.

Паралельно з використанням ігрових методів у діагностиці і оцінюванні розвиваються недирективні підходи до ігрової терапії, пов'язані з відмовою від інтерпретації і вирішення діагностичних завдань. Щодо цього досить показовими є праці Вірджинії Екслайн (1964; 1969), які поклали початок застосуванню ігрової терапії в руслі клієнт-центрованого підходу Карла Роджерса. Вони сприяли залученню широкого кола спеціалістів до використання ігрових методів. Підкреслюючи їх переваги, Екслайн пише: "У грі дитина виражає себе максимально щиро, відкрито і повністю природно. ...Її почуття, установки та думки легко проявляються у грі. ...Завдяки грі дитина вчиться розуміти себе та інших. ...Вона починає усвідомлювати, що у психотерапевтичному кабінеті, у присутності дорослого (психотерапевта) вона може дати вихід своїм почуттям і імпульсам та водночас дистанціюватися від них. Використовуючи іграшки, вона може створити свій власний "світ". ...Вона може вибирати одне і відмовлятися від іншого; вона може творити і руйнувати" (передмова до Play Therapy, 1969). Екслайн по-новому визначає роль психотерапевта, що використовує ігрові методи, і постулює основні принципи його роботи:

1) встановлювати з дитиною тісні, дружні стосунки; це необхідно для формування хорошого рапорту;
2) сприймати дитину такою, якою вона є;
3) прагнути зберегти атмосферу терпимості, щоб дитина відчувала себе вільно і могла, не соромлячись, виражати свої почуття та емоції;
4) розпізнавати почуття дитини і відображати їх вербальними прикладами, щоб дитина вчилася усвідомлювати свої переживання;
5) поважати здатність дитини самостійно вирішувати свої проблеми і робити власний вибір;

6) уникати будь-якого впливу на дії та висловлювання дитини; дитина повинна бути "ведучим", а психотерапевт — "тим, кого ведуть";
7) не підганяти психотерапевтичний процес;
8) накладати мінімальні обмеження на діяльність дитини для того, щоб допомогти їй співвідносити гру з реальністю і сформувати в неї почуття відповідальності.

Екслайн була переконана у тому, що методи недирективної ігрової терапії можуть з успіхом застосовуватися в освіті. Основною метою їх застосування в цьому випадку є, на її думку, стимулювання вільного вираження дитиною своїх почуттів і думок, формування в освітньому закладі атмосфери терпимості і поваги до внутрішнього світу дітей, а також побудова між учителями і учнями принципово нових — партнерських відносин, які передбачають можливість рапорту.

У 1970–1980-ті роки відбувається широке входження нових ігрових методів у різних галузях практичного застосування. Гра стає важливим засобом у лікувально-корекційній, психопрофілактичній, соціальній і освітній роботі. Значно розширюється і коло дітей, у роботі з якими ці методи застосовуються. Ігрові техніки виступають тепер або як провідний, або як допоміжний інструмент, включений у комплекс різноманітних засобів впливу.

Форми і варіанти ігрової терапії визначаються особливостями конкретної дитини чи групи дітей, специфічними завданнями роботи і її тривалістю. Ігрові методи можуть застосовуватися:

– з метою надання первинної психологічної допомоги й інтерв'ювання (оцінки);
– у процесі короткострокової фокусної психотерапії;
– у процесі довготривалого реконструктивного психотерапевтичного впливу.

У багатьох випадках гра виступає як провідний метод реконструктивного лікувально-корекційного впливу (як, наприклад, при наявності у дитини емоційних і поведінкових порушень невротичного характеру); в інших випадках — як допоміжного (симптоматичного) засобу, який дає змогу стимулювати дитину,

розвивати її сенсомоторні навички, знизити емоційну напругу і ступінь соціальної депривації (наприклад, у випадку розумової відсталості, аутизму, інших грубих психічних розладів, занедбаності тощо). Можливе застосування ігрових методів переважно як психопрофілактичного, розвивального засобу.

При всій різноманітності багатьох технік ігрової терапії і завдань, які вирішуються за їх допомогою, існують деякі загальні особливості дитячої психіки, які роблять застосування ігрових методів найбільш прийнятними для роботи з дітьми. Одна з цих особливостей полягає у тому, що дітям у багатьох випадках важко словесно описати свої переживання. Невербальна експресія з використанням різноманітних предметів ігрової діяльності, а також конструктивних і пластичних матеріалів для них найбільш природна, що стає особливо значимим при наявності у дитини певних мовленнєвих порушень. Крім того, діти більш спонтанні і менш здатні до рефлексії своїх почуттів і дій, ніж дорослі. Їх переживання проявляються в ігровій діяльності безпосередньо, не проходячи "цензуру" свідомості.

Мислення дитини більш образне і конкретне, ніж мислення дорослого, тому вона використовує гру, малювання і маніпуляцію з різноманітними матеріалами як спосіб осмислення дійсності. За ними можна судити про рівень її інтелектуального розвитку і міру психічної зрілості. Слід враховувати жвавість і багатство дитячої фантазії. Не менш важлива і рольова пластичність дитини, її природна схильність до ігор. Всім цим можна користуватися, створюючи у психотерапевтичному кабінеті особливу атмосферу гри і творчості та підбираючи разом з дітьми відповідні сюжети і вправи як основу для індивідуальної і групової роботи.

Важливо і те, що образотворчі і конструктивні матеріали, а також предмети ігрової діяльності нерідко є для дитини більш важливими "партнерами" комунікації, ніж психотерапевт. Дитина проявляє по відношенню до них найхарактерніші для себе і пов'язані зі своїм досвідом способи роботи і відповідні емоційні реакції. Така дитяча особливість давно була помічена психотерапевтами і використовувалась при розробці різних технік,

що дають змогу налагодити контакт з дитиною за допомогою предметів і матеріалів ігрової діяльності. З нею пов'язані великі можливості для реконструктивного психотерапевтичного впливу, що опирається на природні, самозцілюючі тенденції психіки дитини, яка прагне у грі творчо "відповісти" на проблеми і психічні травми, які виникають.

Різні матеріали ігрової і образотворчої діяльності можуть бути для дитини засобом психологічного захисту, який вона використовує, переживаючи стан дистресу. Це частково зумовлено їхньою можливістю "втримувати" переживання, не даючи їм "вийти" назовні в поведінку, а також здатністю "дистанціювати" переживання і забезпечувати їх усвідомленість за рахунок механізму проекції, досягаючи з його допомогою більш високого ступеня самоконтролю. "Захисна" функція предметів і матеріалів ігрової і образотворчої діяльності передбачає і те, що вони забезпечують можливість регресу психіки і тим самим необхідний рівень "відкритості" дитини психотерапії. Регрес і відображення регресивного матеріалу (досвіду, ролей, ситуації) у грі і творчій діяльності дитини ведуть до взаємодії з цим матеріалом з його поступовою реінтеграцією.

Поряд з урахуванням загальних особливостей дитячої психіки, при використанні технік ігрової терапії слід взяти до уваги різноманітні фактори, що впливають на характер і динаміку ігрової діяльності, а саме:

- біопсихосоціальний статус дитини;
- темперамент;
- рівень когнітивного розвитку;
- мотивація;
- особистісні особливості і сфера самосвідомості;
- характер психотерапевтичних стосунків, прояв переносу і контрпереносу;
- фізіологічні фактори;
- контекстуальні особливості, зокрема культурний вплив, сімейну динаміку, стосунки з однолітками і педагогами.

Крім цього, необхідно звертати увагу на процесуальні аспекти ігрової діяльності, різноманітні зміни в характері інтеракції

дитини з ігровими матеріалами і предметами, з іншими учасниками (якими можуть бути інші діти, батьки або психотерапевт). Слід врахувати весь спектр вербальних і невербальних реакцій дитини й інших учасників гри, оцінити комплекс показників внутрішньогрупової і внутрішньосімейної комунікації, згуртованості і активності учасників.

У практиці сучасної ігрової терапії використання різних методик збагачується різними видами доповнень і аналізом відеозаписів ігрового процесу. Особливу увагу звертають на:

1) характер і число предметів ігрової діяльності;
2) контекст гри;
3) послідовність тем і сюжетів, що використовуються у ході гри;
4) простір, що займає дитина у процесі ігрової діяльності;
5) стиль ігрової діяльності.

Все сказане свідчить, що продовжується вдосконалення методів ігрової терапії, підвищується потреба у їх використанні, подальшій диференціації її технік з урахуванням показників, умов роботи і особливостей клієнтів. На жаль, дефіцит літератури, що стосується використання ігрових методів, дещо перешкоджає успішно застосовувати їх у різних галузях практичної роботи.

Моделі аналітичної психотерапії як системи впорядкування

Критичний читач може заперечити: якщо методи так сильно підлягають другорядній змінній ("терапевту"), як це щойно було показано, то психотерапевт може взагалі відмовитися від методів і вільно проводити психотерапію, виходячи з особливостей своєї особистості. Читач може звернути увагу на знову і знову повторюваний успіх психотерапевтів-нефахівців або на успішність застосування терапії в напівпрофесійних галузях. Значення теорії, концептів і спеціальних методів здаватиметься іншим, якщо ми виходитимо з того, що — і це звичайно намагаються науково обґрунтувати — професія "психотерапевт" накладає відповідні соціально-етичні зобов'язання. "Психо-

аналіз є шляхом, для якого нема зразків у повсякденному житті". Цей вислів Фрейда не слід розглядати як вимогу цілісності (оскільки важливі фактори впливу є комунікативними повсякденними варіантами), у зв'язку з чим через часткове усунення від повсякденності неминуче знижується професіоналізм. Це стосується, наприклад, необхідності економії при повторному застосуванні у психотерапії професійних дій. Відповідно до цього певна терапевтична ситуація не припускає існування звичних, повсякденних інструкцій до дії. Проте одночасно у психотерапевта виникає необхідність скорочувати кількість "звернень всередину себе" і схильність утримувати встановлену дистанцію, необхідну для збереження особистої безпеки.

Власні функції мають у психотерапії як "концепти", так і "спеціальні методи". Концепти наперед готуються внутрішньою системою впорядкування; наявної в отримувача інформації (наприклад, у психотерапевта). Методи ж самі "прокладають" собі очевидний шлях і все більше і більше використовуються залежно від наявної інформації. Вони уможливлюють, таким чином, здійснення тільки "чистої" комунікації, виключаючи повсякденну комунікацію (проте вони не відмовляються від неї).

Методи представляють собою практичну сторону пізнання і поведінки, яка дає змогу і робить виправданим застосування специфічних форм комунікації. Додамо, що кожна ситуація в кожну хвилину психотерапії є неповторною. Не можна здійснювати контроль над ситуацією за допомогою залучення третьої особи, за допомогою звернення до колег або вчителів. Ситуація може стати контрольованою лише в рамках соціальної референтної системи, в якій можливо взаєморозуміння завдяки обширній системі поглядів, завдяки зрозумілості і схожості дій, які необхідно буде виробити, з тими, що мали місце раніше. Способом здійснення контролю над проведенням психотерапії є — і це береться до уваги прихильниками всіх напрямів психотерапії — бесіда з колегами, які самі не знаходяться в ситуації цієї терапії (і, отже, в них немає упередженого ставлення). При цьому байдуже, чи назвемо ми цей контроль семінаром, інтервізією, супервізією або просто наглядом.

Водночас здійснення контролю є етичним завданням психотерапії (якщо ми вважаємо психотерапію розділом загальної медицини), яку можна повністю вирішити. Відносність доведення психотерапевтами ефективності їх прийомів є однією з причин того, що психотерапія не може вважатися галуззю медицини, яка здатна представляти такі докази. Очевидно, що психотерапія, яку називають комунікативною медициною, може також досягти достатнього контролю за допомогою розширення і зміцнення системи комунікацій. Її розширення і зміцнення, у свою чергу, залежить від реалій взаєморозуміння (за допомогою теорій, концептів, заміни методичного досвіду) навіть тоді, коли вони в окремому випадку обмежують свободу дій психотерапевта.

Визнаємо той факт, що цими висловами ми змінюємо напрям міркувань. Ми зазвичай схильні думати, що загальні фактори впливу заганяють психотерапію в певні рамки, тільки усередині яких специфічні методи можуть чинити вплив. Ці думки, проте, не підтверджуються при проведенні метааналітичної перевірки психотерапії. Обставини ускладнюються, і факти говорять про те, що теоретична переконливість, (комунікативна) концепція і (комунікативне) керівництво до дії також, у свою чергу, задають неминучі рамки для терапії як професійної та інституційної діяльності.

На щастя, теорії і концепти, які розглядаються окремими напрямами психотерапії як основні, використовуються довільно. Всі "добрі" теорії спираються, навіть якщо вони створені незалежно від інших, на глобальну модель зміни особистості, яка є загальнопсихологічною. Чим різноманітніші (історично, клінічно і емпірично-експериментально) ці моделі, тим "природніше", а отже, краще, вони стають. Тут можна згадати такі моделі.

Зміна особистості у процесі (розуміючих, особливих) міжособистісних відносин як відносин між двома людьми, так і тих, що існують у групі і суспільстві. Нормативна, допомагаюча орієнтуватися і додаюча впевненості здібність до соціальної емпатії при цьому виявляється найважливішим динамічним чинни-

ком. Легко помітити, що майже всі напрями психотерапії, лише за винятком консервативних сегментів в рамках поведінкової психотерапії, використовують цю модель.

Зміна особистості за допомогою взаємодії. Згідно з цією моделлю особистість формується і розвивається при збігу певних обставин. Психотерапія, навпаки, являє собою галузь навчання і досвіду, за допомогою якого можна перевірити ефективність старих зразків взаємодії і набути й апробувати нові види відносин.

Зміна особистості в результаті подолання криз розвитку і переломів у житті, які відбуваються переважно завдяки регресії (репетиція розвитку) і пертурбації. Автоматичні дії, звички входять у цей час (у період кризи) насамперед у нові утворення і дають змогу переоцінювати те, що є, або оцінювати нове. Ця модель була пристосована психоаналізом (систематична інтерпретація повсякденного оточення, конфронтація, інтерпретація ефекту здивування, можливість регресії) і набула значення в когнітивній поведінковій терапії. На противагу цьому розмовна психотерапія відходить від використання її як керівництва до дії.

Модель зміни особистості за допомогою навчання є найбільш узагальненою. Вона також є, як відомо, основою для поведінкової психотерапії. Різні види процесів навчання все ж таки визнаються тою або іншою мірою майже всіма психотерапевтичними напрямами і — залежно від цього — систематично використовуються.

Наступна модель зміни підкреслює соматопсихічний взаємовплив, який зазвичай має своє особливе значення для так званих тілесно-орієнтованих методів. Часто не враховується, що ця модель змін має високий ступінь узагальненості: вважають, що зміни в особистості відбуваються завдяки тілесним обмеженням або в результаті подолання важкої, небезпечної для життя хвороби.

Будь-яка психотерапія, незалежно від напряму чи школи, покликана впровадити зміни, так як останні в житті є правилом, стабільність — винятком!

ПІСЛЯМОВА

Отже, посилання психотерапевтичної теорії і концептів на основоположну модель змін дає змогу деяким психотерапевтам добиватися поставлених цілей. Функцією специфічних факторів дії передусім є розвиток структур психотерапії, без яких психотерапія стає науково-популярною й перестає бути науково-прикладною фаховою дисципліною та галуззю. При всій специфічності вибору типу взаємодії у різних психоаналітичних і психотерапевтичних напрямах домінують узагальнена і інтеграційна модель дії, оскільки її вплив можна виявити емпірично. Ідея про еквівалентність різних типів втручання і способів встановлення відносин представляється нам цікавою; вона дає змогу розглядати проблему на більш високому рівні: за допомогою яких специфічних методів досягає психотерапія тих чи інших загальних ефектів? Ми повинні зауважити, що застосування концептів дослідження, які є узагальненими (наприклад, зіставлення особистості терапевта і пацієнта), приводить до виявлення загального ефекту. Тому специфічні фактори важко знайти емпірично. Це відбувається також тому, що традиційно порівнювані напрями (наприклад, психоаналіз і поведінкова психотерапія) однозначно розмежувати неможливо. Безперечно, відповідь на питання про різні покази до застосування того або іншого методу стає важливим завданням досліджень у галузі психотерапії найближчого майбутнього. Правда, можна засумніватися, чи відповідають традиційні діагностичні, психологічні і нозологічні категорії як оцінки психотерапевтичного впливу зведенню правил системи "психотерапія", у зв'язку з чим, на думку автора, виникає необхідність у розширенні особистісно-психологічних аспектів соціально-психологічної моделі і категорій. Багатообіцяючим уявляється щодо цього дослідження процесу взаємодії. Ми думаємо, одного дня можна буде сказати, що результати говорять багато про

що. Адже досі ми мали лише можливість зіставити програми різних напрямів і не могли порівняти результати застосування їх методів впливу.

Питання для самоконтролю

1. Які основи об'єктної психології встановив З. Фрейд?
2. Яке значення внеску М. Кляйн і її послідовників у психоаналіз?
3. У чому полягає різниця підходів Р. Фейрберна, М. Балінта і Д. Віннікотта?
4. Який внесок Х. Хартманна у психоаналіз?
5. У чому полягає концепція Е. Якобсон?
6. Які існують фази сепарації–індивідуації за М. Малер?
7. У чому полягає підхід Кернберга, які стадії раннього розвитку він виділяє?
8. Про що говорять результати нових досліджень новонароджених грудних дітей?
9. У чому полягає концепція психічного розвитку Г. Ліхтенберга?
10. Як відбувається розвиток самості в концепції Д. Н. Штерна?
11. Що таке теорія прив'язаності, хто її основоположник?
12. Які особливості трансактного аналізу порівняно з класичним психоаналізом?
13. Хто є основоположниками дитячого психоаналізу та ігрової психоаналітичної психотерапії, у чому полягає їхній внесок?
14. Які є моделі психоаналітичної психотерапії, що ґрунтуються та відповідають моделям зміни особистості у психотерапевтичному полі?

СПИСОК РЕКОМЕНДОВАНОЇ ЛІТЕРАТУРИ

1. *Антология* современного психоанализа / Под ред. А. В. Россохина — М.: Ин. Пс. РАН, 2000.
2. *Базисное* руководство по психотерапии / Под ред. А. Хайгл-Эверс, Ф. Хайгл, Ю. Отт, У. Рюгер. — СПб.: РЕЧЬ, 2002.
3. *Бланк и Бланк*. Эго-психология: теория и практика. — М.: MGM–Interna, 1998.
4. *Блюм Геральд*. Психоаналитические теории личности. — М.: КСП, 1996.
5. *Браун Дэннис, Джонатан Педдер*. Введение в психотерапию. Принципы и практика психодинамики. — М.: Класс, 1998.
6. *Бреннер*. Элементарный учебник психоанализа. — СПб.: Наука, 1999.
7. *Бройтигам В., Кристиан П., Рид М*. Психосоматическая медицина: Кратк. учеб.: Пер. с нем. — М.: ГЭОТАР МЕДИЦИНА, 1999.
8. *Винникотт Дональд Вудс*. Маленькие дети и их матери. — М.: Класс, 1998.
9. *Гринсон Р*. Техника и практика психоанализа. — М.: Класс, 1998.
10. *Даулинг С*. Психология и лечение зависимого поведения. — М.: Класс, 2000.
11. *Каплан Г. И., Сэдок Б. Дж*. Клиническая психиатрия. — М.: Медицина, 1994.
12. *Кейсмент*. Обучаясь у пациента. — Воронеж: НПО “МОДЭК”, 1995.
13. *Кернберг О*. Тяжелые личностные расстройства: Стратегии психотерапии. — М.: Класс, 2000.
14. *Кернберг О*. Тяжёлые расстройства личности. — М.: Класс, 1999.

15. *Кискер К.* и др. Психиатрия, психосоматика, психотерапия. — М.: Алетейа, 1999.
16. *Кляйн М.* Зависть и благодарность. — М.: Ренессанс, 1999.
17. *Кохут Х.* Анализ собственного "Я". — М.: Наука, 2000.
18. *Куттер П.* Современный психоанализ. — СПб.: БСК, 1997.
19. *Мак-Вильямс Н.* Психоаналитическая диагностика. — М.: Класс, 1998.
20. *Менцос С.* Психодинамические модели в психиатрии. —М.: Алетейа, 2000.
21. *Салливан Г.* Психиатрическое интервью. — М.: Просвещение, 1994.
22. *Столороу Роберт, Бернард Брандшафт, Джордж Атвуд.* Клинический психоанализ. Интерсубъективный подход. — М.: Когито–Центр, 1999.
23. *Тайсон Филлис, Роберт Тайсон.* Психоаналитические теории развития. — Екатеринбург: Деловая книга, 1998.
24. *Томэ Х., Кехеле Х.* Современный психоанализ. — М.: Класс, 1999.
25. *Фрейд З.* По ту сторону принципа удовольствия. В кн.: Психология бессознательного. — М.: Просвещение, 1989.
26. *Фрейд З.* Будущее одной иллюзии. —М.: Класс, 1996.
27. *Фрейд З.* Введение в психоанализ. Лекции. — М.: Наука, 1990.
28. *Фрейд З.* Недовольство культурой. — СПб.: БСК, 1998.
29. *Фрейд З.* О клиническом психоанализе: избранные сочинения. — М.: Медицина, 1991.
30. *Фрейд З.* Психоанализ. Религия. Культура. — М.: Ренессанс, 1992.
31. *Фрейд З.* Психология бессознательного: Сб. сочинений: Пер. с нем. — М.: Просвещение, 1990.
32. *Фрейд З.* Толкование сновидений: Пер. с нем. — К.: Здоров'я, 1991.
33. *Шапиро Д.* Невротические стили. — М.: Ин-т общ. гум. иссл-я., 1998.

34. *Шарп Дарэл*. Психологические типы. Юнговская типологическая модель. — СПб.: БСК, 1996.
35. *Штерн Д. Н.* Дневник младенца: что видит, чувствует и переживает ваш малыш. – М.: Генезис, 2001.
36. *Энциклопедия* глубинной психологии. — М.: MGM-Interna, 1998. — Т. 1.
37. *Юнг К. и др*. Человек и его символы. — СПб.: Гравис, 1996.
38. *Ялом Ирвин Д*. Экзистенциальная психотерапия. — М.: Класс, 1999.
39. *Ялом Ирвин Д*. Групповая психотерапия. Теория и практика. — М.: Класс, 2007.
40. *Ялом Ирвин Д*. Дар психотерапии. — М.: Класс, 2008.

У навчальному посібнику розкрито уявлення про метод і техніки психоаналізу, подано основні засади для психоаналітичної діагностики і терапії — рівні та форми особистісних порушень і способи психокорекційної роботи з ними.

Для студентів-психологів (практичних та медичних).

Навчальне видання

Багрій Ярослав Тарасович

ПСИХОАНАЛІЗ

Навчальний посібник

Відповідальний редактор *В. Д. Бондар*
Редактор *М. М. Гігієва*
Коректор *Н. К. Чумаченко*
Комп'ютерне верстання *А. П. Нечипорук*
Оформлення обкладинки *О. О. Стеценко*

Підп. до друку 14.08.14. Формат 60×84/16.
Ум. друк. арк. 8,04. Обл.-вид. арк. 6,24 . Наклад 1000 пр.

Міжрегіональна Академія управління персоналом (МАУП)
03039 Київ-39, вул. Фрометівська, 2, МАУП

Видавець і виготовлювач
ДП "Видавничий дім "Персонал"
03039 Київ-39, просп. Червонозоряний, 119, літ. ХХ

Свідоцтво про внесення до Державного реєстру суб'єктів видавничої справи ДК № 3262 від 26.08.2008 р.