

Министерство образования и науки Российской Федерации
Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования
АМУРСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ УНИВЕРСИТЕТ
(ФГБОУ ВО «АмГУ»)

ВВЕДЕНИЕ В ПСИХОАНАЛИТИЧЕСКУЮ ТЕРАПИЮ
сборник учебно-методических материалов
для специальности 37.05.01 Клиническая психология

Благовещенск, 2017

*Печатается по решению
редакционно-издательского совета
факультета социальных наук
Амурского государственного
университета*

Составитель: Павлова Е.В.

Введение в психоаналитическую терапию: сборник учебно-методических материалов для специальности 37.05.01– Клиническая психология. – Благовещенск: Амурский гос. ун-т, 2017. – 53 с.

© Амурский государственный университет, 2017

© Кафедра психологии и педагогики, 2017

©Павлова Е.В., составление

СОДЕРЖАНИЕ

1. Краткое изложение лекционного материала	4
2. Методические рекомендации (указания) к практическим занятиям	47
3. Методические указания для самостоятельной работы студентов	51

1. КРАТКОЕ ИЗЛОЖЕНИЕ ЛЕКЦИОННОГО МАТЕРИАЛА

Тема 1. История возникновения психоанализа. Школы З. Фрейда, К.Г. Юнга, А. Адлера.

Понятие психоанализа. Предпосылки психоанализа в работах представителей французской социологической школы. Психоанализ и гипноз. Базовые положения концепции З. Фрейда. Представления о структуре психики и структуре личности. Механизмы формирования структур личности. Базовые инстинкты. Стадии психосексуального развития. Комплекс Эдипа и комплекс Электры. Понятие и механизмы психологической защиты. Концепция неврозов. Ошибочные действия и толкование сновидений. Базовые положения психоаналитической терапии. Аналитическая психология К.Г. Юнга. Коллективное бессознательное и архетипы. Типология архетипов. Представления К.Г. Юнга о задачах и методах психотерапии. Индивидуальная психология А. Адлера. Социально-психологический подход к исследованию психики человека. Чувство общности с другими людьми как главная сила, которая определяет поведение и жизнь человека. Понятие неполноценности и компенсации; виды компенсации. Концепция неврозов. Представления А. Адлера о целях и методах психотерапии.

Психоанализ – психологическая теория, разработанная в конце XIX – начале XX века австрийским неврологом Зигмундом Фрейдом, а также чрезвычайно влиятельный метод лечения психических расстройств, основанный на этой теории.

Основные положения психоанализа заключаются в следующем:

человеческое поведение, опыт и познание во многом определены внутренними и иррациональными влечениями;

эти влечения преимущественно бессознательны;

попытки осознания этих влечений приводят к психологическому сопротивлению в форме защитных механизмов;

помимо структуры личности, индивидуальное развитие определяется событиями раннего детства;

конфликты между осознанным восприятием реальности и бессознательным (вытесненным) материалом могут приводить к психоэмоциональным нарушениям, таким как невроз, невротические черты характера, страх, депрессия, и так далее;

освобождение от влияния бессознательного материала может быть достигнуто через его осознание (например, при соответствующей профессиональной поддержке).

Становление Психоанализ по времени совпадает с развитием других известных школ в психологии. Корни психоанализа «произрастают» как из естественных наук, так и из философии и поэзии. Прежде всего, следует отметить эволюционное учение Ч. Дарвина и биогенетический закон Геккеля, который Фрейд запечатлел в памяти еще со школы. Еще один источник находился в Физиологическом институте В Брюкке, где Фрейд написал свою первую научную статью и познакомился с врачом Иосифом Брейером. Следующий источник психоанализа следует искать во Франции, в Сальпетриерском госпитале в Париже, где Фрейд, молодой врач столкнулся у знаменитого психиатра Шарко с весьма распространенной тогда болезнью – истерией и познакомился с гипнозом как методом исследования и лечения.

С другой стороны, интересы Фрейда касались литературы и искусства, его восхищала археология, он проявлял глубокий интерес к философии самопознания. Он многое почерпнул из духа своего времени, переработав и интегрировав его в своих книгах; но мы не всегда в состоянии определить происхождение вдохновлявших его источников. На развитие психоаналитического движения существенное влияние оказали два основных источника: а) философские концепции бессознательных психических феноменов; б) работы в сфере психопатологии и психотерапии.

Психика рассматривается в психоанализе как процесс, а не как статичный предмет, несмотря на обыкновение Фрейда относить психические явления к психическому аппарату. В психоанализе принято считать, что психика находится в тесной связи с телом (телесными процессами). Несмотря на языковые традиции, которые заставляют говорить о теле и психике как о вещах различных, хотя и взаимодействующих, психоанализ содержит ряд понятий, которые связывают психологию с физиологией и биологией.

Топографическая модель психического аппарата

Сознание – часть психики, осознаваемая индивидом – определяет выбор поведения в общественной среде, однако не всецело, так как сам выбор поведения может инициироваться бессознательным. Сознание и бессознательное антагонистичны, в бесконечной борьбе бессознательное всегда побеждает. Психику автоматически регулирует принцип удовольствия, который модифицируется в принцип реальности; при нарушении баланса возможностей и желаний (когда желание не принимается обществом или самим индивидом), происходит проскальзывание информации в сознание посредством снов, оговорок и т. п. (то есть через бессознательную сферу).

Бессознательное – часть психики, процессы в которой неосознанны и находятся в конфликтных отношениях с сознательными представлениями человека. Фрейд различает бессознательное в описательном смысле слова (которое не является предметом психоанализа), в динамическом смысле – что означает наличие конфликта, в результате которого часть переживаний активно вытесняется из сознания, и в структурном смысле. Последнее означает, что в бессознательном действуют особые законы, управляющие психической активностью – такие как отсутствие времени, не различение фантазии и реальности, отсутствие принципа противоречия и т. д.

Предсознательное – часть психики, бессознательная в описательном смысле слова, но потенциально осознаваемая при направлении на неё внимания. К предсознательному, в частности, относятся свободные ассоциации, используемые в практике психоанализа.

Позднее (в 1923 г.) Фрейд предложил новую, структурную модель психики:

Ид («Оно») – область влечений, к которым ко времени создания этой модели Фрейд относил влечение к жизни и влечение к смерти. Ид переняло на себя многие характеристики, ранее относимые к бессознательному (принцип удовольствия, отсутствие времени и пр.), хотя инстанции Эго и Суперэго также в значительной своей части бессознательны.

Эго («Я») – инстанция, управляющая поведением и сознательным мышлением, а также отвечающая за действие защитных механизмов.

Суперэго («Сверх-Я») – часть Эго, выполняющая функцию самонаблюдения и моральной оценки. Суперэго образуется в результате интроекции образов родителей и их системы ценностей.

Согласно психоаналитической теории, возможно два способа психической деятельности: сознательное и бессознательное, где первый способ имеет дело с «непосредственной данностью», которую невозможно объяснить более полно с помощью каких-либо описательных методов, а второй способ – с той психической реальностью, которая не дана нам непосредственно и должна быть выявлена.

Сознательная психическая деятельность подчиняется «грамматике» вторичных психических процессов: действует на основе правил формальной логики, использует связанную энергию либидо и управляется принципом реальности (получение удовольствия достигается с учетом ситуации, существующей вокруг индивида). Сознательная деятельность протекает в рамках сознания. Бессознательная психическая деятельность не осознается субъектом.

Фрейд считал, что первичные процессы онтогенетически и филогенетически более ранние, чем вторичные (отсюда и терминология) и полагал их неотъемлемым свойством слабую адаптивность. Все развитие Эго вторично по отношению к первичным процессам. Вторичные процессы, по его мнению, развиваются наравне и одновременно с Эго и вместе с адаптацией к внешнему миру. Вторичные процессы теснейшим образом связаны с вербальным мышлением. Пример первичных процессов – сновидения, вторичных – мышление. Грезы, образная и творческая деятельность, а также эмоциональное мышление представляют собой смешанные проявления обоих процессов.

Все психические процессы и структуры обладают, согласно теории Фрейда, особой формой психической энергии, которая определяет их деятельность, ее интенсивность и принимаемые формы. В качестве такой энергии Фрейд рассматривает энергию либидо.

Либидо в точном значении этого слова может быть определено как сама сексуальная энергия. С помощью этого термина сам Фрейд обозначал энергию стремлений, относящихся к

тому, что определяется термином «любовь». В ранних работах Фрейда либидо как сексуальной энергии противопоставляется энергия, свойственная влечению самосохранения, названному им «интересом». В более поздних работах Фрейда эротическая энергия либидо противопоставляется разрушительному влечению к смерти. В своем стихийном поиске удовлетворения инстинкт встречает препятствия, испытывает давление, приводящие его к различным исходам, которые Фрейд перечислил в следующем порядке: 1) обращение инстинкта в свою противоположность; 2) переориентация на самого субъекта; 3) вытеснение; 4) сублимация.

Психосексуальное развитие – процесс формирования полового самосознания, половой роли и психосексуальных ориентаций

Фазы – этапы на пути развития, результаты прохождения которых являются предпосылками к формированию характера. В случае сильных потрясений могут вызывать неврозы. Названия фаз определяют основную телесную (эрогенную) зону, в которой концентрируется энергия либидо и с которой связано ощущение удовольствия в данном возрасте.

Оральная стадия: от рождения до полутора лет

На этой стадии ребенок фокусируется на оральных удовольствиях, в частности на сосании, так как это вызывает у него ощущение комфорта и доверия. Если в этот период его потребности удовлетворяются чрезмерно либо, напротив, недостаточно, у младенца формируется фиксация на оральных формах поведения. Согласно Фрейду, личности такого типа чаще других склонны грызть ногти, курить, слишком много пить и переедать; а еще они, как правило, доверчивы и легковерны, зависимы от окружающих и никогда не бывают лидерами.

Анальная стадия: от полутора до трех лет

На этой стадии ребенок полностью сосредоточивается на управлении мочевым пузырем и кишечником и получает удовольствие от контроля над их работой. По Фрейду, успех на этом этапе зависит от того, как родители подходят к приучению к туалету своего чада. Те, кто в нужный момент прибегает к похвале и награде за пользование туалетом, поощряют позитивные результаты и помогают детям чувствовать себя способными и эффективными личностями. Правильное поведение родителей на этой стадии служит надежным основанием для того, чтобы, повзрослев, ребенок стал компетентным, эффективным и творческим человеком. Если они подходят к этому с излишней снисходительностью, это, по мнению Фрейда, с большой долей вероятности приведет к формированию так называемой анально-выталкивающей личности, для которой характерны разрушительные наклонности и расточительное отношение к жизни. А если родители излишне строги или заставляют ребенка слишком быстро пройти этап приучения к туалету, то, повзрослев, он, скорее всего, будет одержим перфекционизмом, порядком и контролем. Такой тип личности называется анально-удерживающим.

Фаллическая стадия: от трех до шести лет

По Фрейду, на этой стадии основное внимание ребенка сосредоточено на гениталиях. С ней, кстати, связана одна из самых знаменитых идей психоаналитика – идея эдипова комплекса. Ученый считал, что в этот период мальчики начинают испытывать сексуальное желание по отношению к своей матери, а в отце видят соперника и подсознательно мечтают занять его место. Кроме того, видя в отце человека, который хочет и может наказать его за это, мальчик начинает испытывать страх перед кастрацией, но, вместо того чтобы вступить с отцом в борьбу, отождествляет себя с ним в своем желании опосредованно обладать матерью. По мнению Фрейда, фиксация на этой стадии ведет в будущем к сексуальным отклонениям и слабо выраженной сексуальной ориентации.

Следует отметить, что в 1913 году Карл Густав Юнг предложил термин «комплекс Электры», описывающий похожие чувства, которые девочка испытывает к отцу. Но Фрейд не согласился с этой концепцией; он считал, что для девочек характерна зависть к пенису (чувство обиды и неудовлетворенности, вызванное тем, что у них нет мужского полового органа).

Латентная стадия: от шести лет до половой зрелости

На этой стадии либидо ребенка подавляется, его сексуальная энергия направляется на другие цели, например, на социальное взаимодействие или интеллектуальную деятельность. В этот период дети в основном играют с детьми своего пола; никакого психосексуального развития или

фиксации в это время не происходит.

Генитальная стадия: от половой зрелости до взрослой жизни

На этой стадии сексуальные желания и интерес к противоположному полу вспыхивают с новой силой. Если все предыдущие стадии пройдены успешно, человек заботлив и уравновешен; сексуальное наслаждение сосредоточено на гениталиях. В случае фиксации на этой стадии у человека могут развиваться сексуальные отклонения.

Фрейд не раз подчеркивал в своих работах, что любое человеческое поведение неслучайно. Психианализ отрицает непредсказуемость поведения человека. Для того чтобы объяснить те аспекты нашего поведения, которые выходят за рамки здравого смысла и сознательного понимания, психианализ апеллирует к бессознательному. Ошибочное действие определяется Фрейдом как действие, соответствующие трем основным условиям:

оно должно находиться в границах нормального поведения;

должно носить характер временного, преходящего расстройства;

имеется склонность объяснять его случайностью, невнимательностью и т.п.

Таким образом, к ошибочным действиям относятся оговорки, описки, опечатки, Забывание имен, фраз, намерений, ошибки в моторных действиях. Традиционно причинами ошибочных действий считаются психофизиологические – усталость, волнение, головная боль и т.п. Фрейд заметил, что такие объяснения недостаточны, так как ошибочные действия могут проявляться и без психофизиологических факторов. Согласно Фрейду, ошибочное действия есть столкновение двух противоборствующих намерений.

Однако главным предметом исследования психианализа являются сновидения. Известно, что Фрейд называл сновидения «*via regia*» – королевской дорогой к бессознательному. Сновидения как психологический феномен имеют определенный смысл, невидимый с первого взгляда. Фрейд выделяет явное и скрытое содержание сновидения.

В образовании сновидения принимает участие инстанция, порождающая желания, и инстанция, оценивающая и подвергающая их цензуре, из-за действия которой выражение желания подвергается искажению. Следовательно, сновидение может быть рассмотрено как компромисс, возникающий в результате соединения двух психологических сил. Источником желаний является Ид (за исключением сновидений наказания). Желания Эго, по мнению Фрейда, могут выразиться в сновидении только тогда, когда они затрагивают бессознательное.

Аналитическая психология К.Г. Юнга

Сознание есть первый психический факт, с которым сталкивается исследователь – психолог. Сознанию присущи дискретность (люди периодически выходят из состояния сознания, например, засыпая) и узость (оно оперирует лишь некоторой частью воспринимаемой информации).

Сознание невозможно представить себе без связи с Эго. Эго – это сложное образование, которое конституируется, во-первых, осознанием собственного тела, собственного существования, и, во-вторых, данными памяти, последовательностью воспоминаний о своем прошлом. Эго – это единица в центре сознания, конгломерат/комплекс психических фактов. Этот комплекс обладает способностью притягивать то, что содержится в бессознательном; он также притягивает впечатления извне, которые, соприкасаясь с Эго, становятся фактами сознания (если нет соприкосновения реального факта/события с Эго, то его нельзя считать сознательным).

Характеризуя Эго, Юнг выделял такое понятие, как Эго-направленность. Она может быть определена как ориентация личности или жизненная установка, фокус внимания, направленный вовне или вовнутрь, на факты окружающего мира или на события внутреннего мира. Эти направленности получили названия экстраверсия и интроверсия. Они сосуществуют в человеке обе одновременно, но одна становится доминирующей, а другая – вспомогательной. Доминирующая функция становится рациональной (тесно связанной с деятельностью сознания, доступной сознательному анализу), тогда как вспомогательная – иррациональной (недоступной сознанию).

В сознании Юнг выделяет несколько функций. Благодаря им сознание может быть ориентировано либо на эктопсихические, либо на эндопсихические факты. Эктопсихика – соотношение между содержанием сознания и данными, поступающими извне. Эндопсихика –

соотношение между содержанием сознания и бессознательными процессами. К эктопсихическим функциям принадлежат ощущение, мышление, чувство и интуиция. Юнг вкладывал собственное оригинальное содержание этим терминам. Ощущение – это передача фактов, доступных органам чувств; мышление – знание того, чем является вещь и ее связей с другими вещами; чувство – рассмотрение/обретение/осознание ценности предмета или явления; интуиция – ощущение происходящего, несводимое к рациональному знанию.

Юнг предположил существование еще одного более глубинного слоя в структуре личности, к которому принадлежат содержания практически неизвестного происхождения. Их отличительная особенность – мифологический характер. Они как бы принадлежат слою души, свойственному не какой-либо отдельной личности, а человечеству вообще. Юнг называл данный уровень душевной жизни коллективным бессознательным и указывал, что содержание коллективного бессознательного наследуется и одинаково для всего человечества, независимо от нации, расы, пола и т.д.

Содержанием коллективного бессознательного являются архаические психические образы, содержащие, по форме и по смыслу мифологические мотивы. Это не воспоминания, образы или поведенческие модели в чистом виде, а, скорее, предрасполагающие факторы, под влиянием которых люди реализуют универсальные модели в своем мышлении, восприятии, поведении.

Архетипы присутствуют в сказках, мифах, легендах и фольклоре, они – неотъемлемая часть каждой культуры.

Юнг связывает происхождение архетипов с многомиллионной историей эволюции человеческого мозга. Мозг человека историчен. Его структура отражает историю своего формирования. Фундаментальная структура души/мозга имеет иерархическое устройство, общее для всех людей. Здесь заложены «отпечатки» фундаментальных переживаний, с которыми сталкивались люди на протяжении веков вместе с сопровождающими их эмоциями и аффектами, которые создают «готовность проживать жизнь согласно заложенным в психике пограничным линиям».

Архетипы биполярны, то есть выражают врожденную двойственность предметов и явлений. Например, архетипический образ отца может быть разделен на помогающего, поддерживающего, сильного и на подавляющего, ужасного отца. Реальный образ отца строится в результате опосредования архетипической системы реальным опытом. Если реальный опыт усиливает одну из крайностей, эволюция образа отца нарушается, и это может мешать нормальному развитию личности.

Согласно Юнгу, конечная жизненная цель человека – это полная реализация своего «Я», то есть становление единого, неповторимого и целостного индивида. Развитие каждого человека в этом направлении уникально, оно продолжается на протяжении всей его жизни. Сущность индивидуации состоит в достижении личностного слияния коллективного и универсального, с одной стороны, и, с другой стороны, уникального и индивидуального. Форма, стиль индивидуации зависят от человека, но, тем не менее, некоторые мифологические, литературные образы более или менее точно отражают «путь индивидуации»: смерть и возрождение, инициация и т.д.

Невроз – это результат дисгармоничных отношений между индивидуальным сознанием и архетипическими содержаниями. Цель психотерапии состоит в том, чтобы помочь индивиду установить (или восстановить) здоровую связь с бессознательным. Это означает, что сознание не должно быть ни поглощено бессознательными содержаниями (что определяется как состояние психоза), ни изолировано от них. Встреча сознания с символическими посланиями бессознательного обогащает жизнь и способствует психологическому развитию. Юнг считал процесс психологического роста и созревания (который он называл индивидуацией) ключевым процессом жизни каждого отдельного человека и общества в целом.

Индивидуальная психология А. Адлера.

В отличие от классического психоанализа, индивидуальная психология считает основой характера врожденное «социальное чувство», нуждающееся в воспитании. Главную роль в структуре и динамике поведения личности играет не бессознательное, а сознание человека, не биологические, а социальные мотивы. Люди как личности не являются беспомощными

существами, жертвами или пассивными носителями своего прошлого опыта. Они активны и сами могут творить своё настоящее, а также относительно произвольно выбирать своё будущее. Важную роль в этом процессе играют интеллект и осознание человеком собственных ценностей и идеалов. В отличие от фрейдовского либидо, основной движущей силой социальной активности человека, в индивидуальной психологии, являются его стремление к власти и комплекс неполноценности, глубоко укоренившийся в подсознании человека. Главными человеческими пороками, проистекающими из этого комплекса, выступают тщеславие и честолюбие, а добродетелями, – мужество и стремление к сотрудничеству. Индивидуальная психология была популярна в странах Западной Европы и США в 20–40-х годах XX века и оказала значительное влияние на зарождение неопрейдизма.

Основная посылка адлеровской теории заключается в том, что человек является единым самосогласующимся организмом, представляющим собой единство тела и мозга, с одной стороны, и разных уровней психической жизни, с другой. Как один из выводов из этого положения можно назвать вывод о взаимовлиянии соматического здоровья и психологического состояния личности.

Еще до знакомства с З.Фрейдом, будучи практикующим врачом, Адлер отметил, что у каждого человека существуют органы, от рождения менее развитые, чем другие, “неполноценные”. Одновременно Адлер отметил, что люди с выраженной органической слабостью или дефектом часто стараются компенсировать эти дефекты путем тренировки и упражнений, что нередко приводит к развитию незаурядных навыков и умений в различных сферах деятельности.

В дальнейшем Адлер распространил эту закономерность и на психическую жизнь личности: он предположил, что каждый человек стремится компенсировать присущий ему комплекс неполноценности и зачастую достигает на этом пути выдающихся успехов.

Откуда же возникает этот комплекс неполноценности? – Согласно Адлеру, комплекс неполноценности возникает в детстве. Каждый ребенок появляется на свет слабым и беспомощным, неспособным понять окружающий мир и тем более управлять им. Для того чтобы выжить, он должен быть окружен заботой и опекой родителей. Этот опыт вызывает у ребенка глубокое переживание неполноценности по сравнению с другими членами семьи, более взрослыми и сильными. Взрослея, ребенок пытается компенсировать свое чувство неполноценности, добиваясь успехов в игре, учебе, позднее – в работе. Таким образом, согласно Адлеру, буквально все, что делают люди, направлено на преодоление ощущения собственной неполноценности.

Однако у некоторых людей ощущение неполноценности может стать чрезмерным. В результате возникает комплекс неполноценности – преувеличенное чувство собственной слабости и несостоятельности. Адлер различал три вида источников, могущих привести к возникновению комплекса неполноценности: неполноценность органов, чрезмерная опека и отвержение родителями. Независимо от источника комплекса неполноценности, у личности в ответ на него может сформироваться гиперкомпенсация – стремление достичь превосходства над другими любой ценой, зачастую преувеличивая свои способности и возможности. Гиперкомпенсация является преувеличенной формой естественного стремления самоутвердиться в жизни.

В своей концепции чувства неполноценности и компенсации Адлер настойчиво подчеркивает присущую личности тенденцию расти и развиваться (компенсировать). Это положение также стало одним из ключевых в адлеровской психологии. Согласно Адлеру, личность непрерывно движется в направлении роста и развития. Основной мотивационной силой этого движения является стремление к превосходству.

Адлер считает стремление к превосходству врожденным потенциалом, который надо реализовать в течение жизни, если человек хочет самореализоваться. Он считает, что стремление к превосходству “пробуждается” на пятом году жизни, когда формируется жизненная цель, как фокус стремления к превосходству. Будучи в детстве неясной и неосознанной, эта жизненная цель со временем становится источником мотивации, силой, организующей жизнь и придающей ей смысл.

В индивидуальной психологии считается, что причина невроза – чувство собственной недостаточности, специфическая борьба за ее преодоление, тип жизненного стиля личности и развитость социального интереса.

Адлер настаивал, что целостное видение природы человека было всеобъемлющим. Он понимал человека не только как целостную систему взаимосвязей, взятую в отдельности, но также как интегральную составную часть больших систем – семьи, сообщества: «Индивидуальная психология рассматривает и исследует индивидуума включенным в общество. Мы отказываемся рассматривать и изучать человека изолированно от него». Ведущим в теории Адлера является положение, согласно которому все поведение человека происходит в социальном контексте, и суть человеческой природы можно постичь только через понимание социальных отношений. Более того, у каждого человека есть естественное чувство общности, или социальный интерес, – врожденное стремление вступать во взаимные социальные отношения сотрудничества. Таким образом, индивидуальная психология полагает необходимой гармонию объединения и сотрудничества между человеком и обществом, а конфликт между ними считает неестественным. Акцент на социальных детерминантах поведения настолько важен в концепции Адлера, что он приобрел репутацию первого социального психолога в современной теории психологии.

Тема 2. Развитие психоанализа в 30-50 годах XX в.

Причины отказа психологического сообщества от классического психоанализа З. Фрейда и направления его преобразования. Чувство коренной тревоги (физиологической и психологической) как основа развития в теории К. Хорни. Представления К. Хорни о внутриличностных конфликтах и способах их преодоления. Концепция неврозов. Представления о «Я» реальном, «Я» идеальном и «Я» в глазах других людей; совпадение всех «Я» как основа нормального развития личности и ее устойчивости к неврозам. Роль К. Хорни в развитии социологической школы психоанализа. «Интерперсональная теория психиатрии» Г.С. Салливена. Принципы коммунального (общественного) существования, функциональной активности и организации. Синтез психоанализа и бихевиоризма. Идея о всеобщей сексуальной энергии – основа теории В. Райха. Концепция «панциря характера» (совокупности черт невротической личности). Телесно-ориентированная психотерапия. Концепция трансфера и «волевой терапии» О. Ранка. Психодинамическая концепция национального характера А. Кардинера.

Толчком к формированию социокультурного взгляда на личность послужили три основных соображения Хорни. Во-первых, она отвергала высказывания Фрейда относительно женщин и особенно его утверждение о том, что их биологическая природа предопределяет зависть к пенису. Это была отправная точка в ее расхождении с ортодоксальной фрейдовской позицией. Во-вторых, во время пребывания в Чикаго и Нью-Йорке она обменивалась мнениями с такими выдающимися учеными, как Эрих Фромм, Маргарет Мид и Гарри СтэкСалливан. Благодаря им окрепла ее убежденность в том, что социокультурные условия оказывают глубокое влияние на развитие и функционирование индивидуума. В-третьих, клинические наблюдения над пациентами, которых она вела в Европе и Соединенных Штатах, показали поразительные различия в их личностной динамике, что явилось подтверждением влияния культурных факторов. Эти наблюдения привели ее к выводу о том, что в основе нарушений функционирования личности лежат уникальные стили межличностных отношений.

Согласно Хорни, для детства характерны две потребности: потребность в удовлетворении и потребность в безопасности. Удовлетворение охватывает все основные биологические нужды: в пище, сне и т.д. Хотя Хорни придавала значение удовлетворению потребностей в обеспечении физического выживания, она не считала, что они играют основную роль в формировании личности. Главной в развитии ребенка является потребность в безопасности. В данном случае основополагающий мотив – быть любимым, желанным и защищенным от опасности или враждебного мира. Хорни считала, что в удовлетворении этой потребности безопасности ребенок полностью зависит от своих родителей. Если родители проявляют истинную любовь и тепло в отношении к ребенку, тем самым удовлетворяется его потребность в безопасности. Благодаря этому вероятнее всего сформируется здоровая личность. И наоборот, если поведение родителей

препятствует удовлетворению потребности в безопасности, весьма вероятно патологическое развитие личности. Многие моменты в поведении родителей могут фрустрировать потребность ребенка в безопасности: неустойчивое, сумасбродное поведение, насмешки, невыполнение обещаний, чрезмерная опека, а также оказание явного предпочтения его братьям и сестрам. Однако основным результатом подобного дурного обращения со стороны родителей является развитие у ребенка установки базальной враждебности. В этом случае ребенок оказывается между двух огней: он зависит от родителей и в то же время испытывает по отношению к ним чувства обиды и негодования. Этот конфликт приводит в действие такие защитные механизмы, как вытеснение. В результате поведение ребенка, не ощущающего безопасности в родительской семье, направляется чувствами беспомощности, страха, любви и вины, выполняющими роль психологической защиты, цель которой – подавление враждебных чувств по отношению к родителям, чтобы выжить.

Теория Салливана явилась одной из попыток соединить все знания о личности, что были до этого. Успешность этого опыта привела к стремлению психологов выбирать различные знания и соединять их воедино. Работы Салливана оказали большое влияние на психологию личности, а также и на проблему общения людей.

Гарри СтэкСалливан был первым американцем, который создал всем понятную теорию личности. Несмотря на то, что язык и формулировки Салливана довольно сложны, он старался сделать свою теорию понятной.

Взгляды Салливана во многом определили формирование динамического направления в американской психиатрии. Салливан показывал важность межличностных отношений, а также необходимость коррекции межличностного взаимодействия в отношениях между врачом и пациентом.

Салливан настойчиво повторяет, что личность – это как бы «иллюзия», которую нельзя наблюдать и изучать вне межличностных ситуаций. Она образуется не событиями, которые происходят внутри её, а тем, что происходит в обществе. Личность обнаруживается только тогда, когда человек так или иначе ведет себя по отношению к одному или нескольким лицам. Это могут быть и несуществующие фигуры. «Психиатрия предполагает изучение феноменов, возникающих в межличностных ситуациях, в конфигурациях, образованных двумя или более людьми, из которых все – кроме одного – могут быть в большей или меньшей степени иллюзорны». Восприятие, память, мышление, воображение, все другие психические процессы, по его мнению, являются общественными.

Хотя Салливан отводит личности статус несуществующего, он, тем не менее, признает, что она – центр различных процессов, которые происходят в ряде межличностных полей. Наиболее важными являются динамизмы, персонификации и когнитивные процессы.

Динамизм – мельчайшая единица, которой можно пользоваться при изучении индивида. Он определяется как «относительно устойчивый рисунок энергетических трансформаций, периодическое возникновение которого характерно для организма на протяжении его существования как живого». Она может быть открытой, общественной, как например, высказывание, или внутренней, как например, мышление или фантазирование. Салливан необычно формулирует определение динамизма: он говорит, что это «оболочка для несущественных частных различий»

Персонификация – это индивидуальный образ самого себя или другого. Он представляет комплекс чувств, отношений, представлений, например, персонификация доброй матери возникает у ребенка в связи с тем, что мать нянчит и заботится о нем. Любое отношение между людьми имеет тенденцию формировать благоприятный образ. Персонификация же плохой матери возникает вследствие переживаний, связанных с тем, что она побуждает тревогу.

«Психиатрическое интервью» – термин, введенный Салливаном для обозначения межличностной («лицом к лицу») ситуации, возникающей между терапевтом и пациентом. Интервью может быть однократным, или же возможна серия интервью на протяжении длительного времени. Салливан определяет интервью как «систему или ряд систем

межличностных процессов, возникающих в соучастующем наблюдении, в ходе которого интервьюер делает определенные заключения об интервьюируемом»

Телесно-ориентированная терапия – одно из направлений современной психологии и психотерапии, рассматривающей тело как основное отражение сущности внутреннего мира человека, состояния его души. Сторонники телесной терапии убеждены, что более 90% всех психических болезней, возникающих у человека, возможно излечить посредством воздействия на его тело, так как многие психосоматические нарушения и заболевания зачастую являются последствиями существующих у человека мышечных зажимов. Использование телесной терапии способствует осознанию взаимосвязи между основными составляющими жизни человека – тела, души и разума.

Основоположником телесной терапии является Вильгельм Райх, австро-американский психоаналитик, психолог, психиатр и врач, один из учеников Зигмунда Фрейда. В кругах многих коллег Райх навсегда остался “ни то сумасшедшим, ни то гением”, многие из его мыслей до сих пор считаются противоречивыми. Это связано с тем, что в самом конце своей жизни Райх дискредитировал себя: у него появились эмоциональные нарушения, он был арестован за нарушение судебных предписаний, после чего и вовсе стал сторонником мистицизма. Однако наиболее противоречивыми считаются умозаключения Райха относительно понятия сексуальности и его роли в психическом здоровье человека. Что же касается трудов по телесной терапии, следует заметить, что они и на сегодняшний день являются актуальными. Применение метода телесной психотерапии помогло избавиться от мышечных зажимов и связанных с ними психических заболеваний тысячам людей во всем мире, а значит весомый вклад автора не поддается сомнениям.

Райх одним из первых высказал мнение, что все ощущаемые человеком невыраженные эмоциональные переживания не исчезают бесследно, а имеют конкретный результат в теле человека в виде образовавшихся мышечных блоков. Напряжение в мышцах человека со временем становится хроническим и приводит к образованию “мышечного панциря”, являющегося основой нарушения естественной жизнедеятельности человека и последующего развития невротических заболеваний.

Райхианская терапия заключается в распускании панциря в каждом отделе, начиная с глаз и оканчивая тазом. Каждый из этих отделов в определенной степени независим, а потому работу над снятием зажимов в них можно проводить как в нескольких отделах одновременно, так и по отдельности.

Ключевым элементом в сложной динамике процесса смерти-возрождения представляется переживание биологической родовой травмы. Хотя сама проблема была обозначена еще Фрейдом, но ее значение для психологии и психотерапии впервые установил и подробно раскрыл Отто Ранк в своей работе «Травма рождения».

Представления Ранка о природе этой травмы не совсем совпадают с данными, полученными в исследованиях Грофа, многие из его формулировок и выводов могут иметь огромную ценность, когда речь идет о переживаниях на перинатальном уровне. Система психологии и психотерапии, разработанная Отто Ранком, в значительной степени расходится с основным направлением психоанализа Фрейда. Концепции Ранка вообще гуманистичны и волюнтаристичны, в то время как подход Фрейда имеет редуционистский, механистический и детерминированный характер. А более конкретно, основные различия состоят в том, что Ранк больше опирался на значение родовой травмы, чем на сексуальную динамику, отрицал решающую роль эдипова комплекса и видел в эго автономное представительство воли, а не раба ид (подсознания). Ранк предложил также внести изменения в технику психоанализа, и они были столь же радикальны и решительны, как его теоретические выводы. Он предполагал, что вербальный подход к психотерапии имеет весьма ограниченное значение, и внимание следует перенести на непосредственный опыт. По его мнению, самое главное в терапии, чтобы пациент заново прожил родовую травму, без этого лечение нельзя считать завершенным.

По психологической теории Ранка, родовая травма также играет ключевую роль в сексуальности; ее значение основано на глубоком, управляющем всей психикой желании

индивида вернуться к внутриматочному существованию. Различия между полами можно по большей части объяснить способностью женщины повторять репродуктивный процесс в собственном теле и находить свое бессмертие в деторождении, тогда как для мужчины секс символизирует смертность, и поэтому его сила лежит в несексуальной созидательности.

Анализируя общечеловеческую культуру, Ранк выяснил, что травма рождения является мощной психологической силой, лежащей в основе религии, искусства и истории. Любая форма религии в пределе стремится к воссозданию исходной поддерживающей и защищающей первоситуации симбиотического союза в чреве матери. Глубочайшие корни искусства уходят в “аутопластическую имитацию” вырастания и высвобождения из материнского чрева. Представляя реальность и одновременно отрицая ее, искусство является особенно мощным средством психологической адаптации к этой первичной травме. История человеческих жилищ, начиная с поисков примитивного крова и кончая сложными архитектурными сооружениями, отражает инстинктивные воспоминания о матке – этом теплом, защищающем от опасностей убежище. Использование боевых средств и вооружения основано, при самом тщательном рассмотрении, на неукротимом стремлении проложить себе, наконец, дорогу во чрево матери.

Концепция «основной личностной структуры» возникла в рамках психоанализа (сам Карднер изначально был медиком-психоаналитиком) и лишь затем была перенесена на антропологическую почву. В 1936 году Карднер провел серию семинаров по проблемам Культуры и Личности, на которых различные психоантропологи делали доклады об изучаемых ими народах. В заключении каждого из этих семинаров Карднер давал свою оригинальную интерпретацию изложенному материалу. Новая концепция казалась удобным объяснительным механизмом для интерпретации данных полевых исследований.

В качестве внутрикультурного интегратора было предложено понятие «основной личностной структуры» (basicpersonalitystructure), которая формируется на основе единого для всех членов данного общества опыта и включает в себя такие личностные характеристики, которые делают индивида максимально восприимчивым к данной культуре и дают ему возможность достигнуть в ней наиболее комфортного и безопасного состояния. Термин «basic» в употреблении Кардинера отражал социокультурные матрицы, а не те, которые являются в человеке наиболее глубинными. «Основная личность» должна быть общей (или модальной) для общества и психологически центральной в том смысле, что она является генетическим источником различных поведенческих проявлений. И что самое важное, предполагалось, что эта личностная структура является наиболее удобной для преобладающих институций и этосов общества. Другими словами, основная личностная структура состоит из тех диспозиций, концепций, способов отношения с другими и т.п., которые делают человека максимально восприимчивым к культурным моделям и идеологиям, что помогает ему достигнуть адекватности и безопасности в рамках существующего порядка.

Тема 3. Современный психоанализ.

Модификация глубинной психологии во второй половине XX века. Психоаналитическая концепция Э. Фромма. Исследование агрессивных и тревожных детей, проведенные А. Фрей. Развитие детского психоанализа. Концепция транзактного анализа Э. Берна. Эго-психология (А. Фрейд, Х. Гартман, Р. Спитц, М. Малер, Э. Глоувер и Э. Эриксон). Теория объектных отношений в рамках психодинамического подхода (М. Кляйн, Р. Фэйрбейрн, Д. Винникотт М. Балинт). Современное развитие теории отношений (С. Ференци, М.Балинт и др.). Структурный психоанализ Ж.Лакана. Селф-психология Х. Кохута. Модификация селф-психологии в рамках интересубъективного подхода (Р. Столорю, Б. Брандшафт, Дж. Атвуд).

Развитие основных методологических постулатов глубинной психологии происходило и во второй половине XX в. Продолжая исследования, начатые В.Райхом, О. Ранком, К. Хорни, свою теорию выдвинул Э.Фромм(1900-1980).

Э. Фромм окончил Франкфуртский университет. После получения в 1922 г. степени доктора философии в Гейдельбергском университете он был приглашен специализироваться в области психоанализа сначала в Мюнхенский университет, а позднее в знаменитый Берлинский психоаналитический институт. В 1933 г. Фромм переехал в США, где он вначале стал лектором

Чикагского психоаналитического института, в котором работала и К. Хорни. Спустя некоторое время он перебрался в Нью-Йорк, где занялся частной практикой и параллельно читал циклы лекций в ряде американских университетов.

Фромм по праву считается наиболее социально ориентированным из всех психоаналитиков, так как для него социальное окружение не просто условие, а важнейший фактор развития личности. При этом в отличие от Адлера, который также придавал большое значение среде, Фромм под средой понимал не только ближайшее окружение ребенка, его семью и близких, но и тот социальный строй, в котором он живет. Говоря о влияниях, которые он испытывал в своей научной жизни, Фромм подчеркивал, что наибольшее значение для него имели идеи Маркса и Фрейда, которые он и хотел объединить в своей теории, особенно в ранний период своего творчества. Если от Фрейда он взял главным образом идею о доминирующей роли бессознательного в личности человека, то от Маркса – его мысль о значении социальной формации для развития психики, а также идею о развитии отчуждения при капитализме, понимая под этим психологическое отчуждение, отчуждение людей друг от друга.

Исследуя развитие личности, Фромм пришел к выводу, что движущими силами этого развития являются две врожденные бессознательные потребности, находящиеся в состоянии антагонизма, – потребности в укоренении и в индивидуализации. Если потребность в укоренении заставляет человека стремиться к обществу, соотносить себя с другими его членами, строить общую с ними систему ориентиров, идеалов и убеждений, то потребность в индивидуализации, напротив, толкает человека к изоляции от других, к свободе от давления и требований общества. Эти две потребности способствуют возникновению внутренних противоречий, конфликта мотивов у человека, который всегда тщетно стремится каким-то образом соединить эти противоположные тенденции в своей жизни.

Стремление человека примирить эти потребности, с точки зрения Фромма, становится двигателем не только индивидуального развития, но и общества в целом, так как все социальные формации, которые создаются человеком, являются как раз попытками уравновесить эти стремления. Он считал, что в начале своего развития человек был частью природы и не выделял себя из окружающего. Только в этот период он и был счастлив, так как стремление к укорененности в природе сочеталось с возможностью изоляции от соплеменников. Разрушив свою связь с природой, человек оставил для себя только одну возможность укорененности – социальную, тем самым поставив себя в зависимость от окружающих. При этом первый строй – первобытный – способствовал развитию именно стремления к укорененности, оставляя в тени стремление к индивидуализации. Не смирившись с этим, человек изменяет строй, и в рабовладельческом строе у него появляется возможность индивидуализации – в богатстве, в войне. Но при этом уменьшается вероятность укоренения в обществе, становятся менее крепкими связи между людьми. Страдая от такой изоляции, люди опять изменяют общественный строй, приходят к феодализму, в котором велика возможность укоренения, так как каждый человек жестко связан с членами своей социальной группы. В то же время такая жесткая стереотипизация не позволяет проявиться в полной мере индивидуальности человека, так как он не может выйти за рамки своего класса. Стремясь к свободе и независимости от этих жестких рамок, люди переходят к капитализму, который максимально способствует их свободному развитию, хотя и ограничивает их возможность укоренения, оставляя людей наедине со своей свободой во враждебном мире.

Таким образом, отношение общества к человеку проявляется в том, что способы, с помощью которых человек реализует свои внутренние возможности, определяются тем общественным устройством, при котором он живет, его личность развивается в соответствии с теми возможностями, которые данное общество ему предоставляет. Так, при капитализме человек может добиться ощущения своей индивидуальности, сделав карьеру или составив состояние. В то же время он может почувствовать свою укорененность, став служащим большой фирмы. Правда, подчеркивает Фромм, укорененность при капитализме относительна, так, как и служащие одной фирмы редко бывают едины в своем мировоззрении. Именно поэтому он считает, что возможности индивидуализации при этом строе развиваются в ущерб укорененности, о которой человек начинает тосковать, стремясь убежать от обретенной свободы. Это бегство от свободы,

характерное для общества, где все друг другу чужие, проявляется не только в желании получить надежную работу, но и в идентификации себя с главой фирмы или политическим деятелем, которые обещают ему надежность, стабильность и укорененность. Таким стремлением убежать от свободы, которая оказывается слишком трудной для человека, объяснял Фромм и появление фашизма, которое он наблюдал в 30-е годы в Германии.

Говоря о несовершенстве капитализма, Фромм не меньше недостатков находил и в социализме, который, с его точки зрения, тоже лишает людей индивидуальности, давая им взамен укорененность, стереотипность мышления и мировоззрения. Единственным чувством, которое, по мнению Фромма, помогает человеку примирить эти две противоположные потребности, является любовь в самом широком понимании этого слова. Фромм утверждал, что в стремлении к индивидуализации обычно проявляется желание освободиться от других, от обязательств и догм, определяющих жизнь в обществе. Жажда свободы от всех и любой ценой не позволяет человеку задуматься над тем, зачем ему нужна эта свобода. Поэтому, обретая ее, он не знает, что с ней делать, и у него возникает желание променять ее опять на укорененность. В то же время есть и другая свобода, «свобода для», т. е. свобода, необходимая нам для осуществления наших намерений. Такая свобода требует освобождения не от всех связей, а только от тех, которые мешают осуществить задуманное. Поэтому обретение «свободы для» и индивидуальности не тяготит человека, а, наоборот, принимается им с радостью. Именно такая свобода, свобода для жизни с любимыми людьми, и рождается в любви. Она дает одновременно удовлетворение потребности в индивидуализации и потребности в укорененности, примиряет их и гармонизирует жизнь человека, его личность и отношения с миром. Поэтому Фромм говорил о необходимости построения на Земле нового общества, которое он называет «гуманистическим социализмом», построенным на любви людей друг к другу.

Так как человек постоянно подвергается воздействию противоположных стремлений, ему грозит внутренний конфликт, который может сделать его невротиком. Для избежания внутрилично-стного конфликта человек прибегает к психологической защите, которая примиряет его с самими собой и с обществом. Здесь Фромм, как и Хорни, подчеркивал, что личностный конфликт выливается в противостояние человека и внешнего мира, он проявляется не только во внутренней напряженности, невротизации, но и в том стиле общения с другими, который становится ведущим для человека.

Фромм описал четыре механизма психологической защиты – садизм, мазохизм, конформизм и деструктивизм. При садизме и мазохизме имеет место тесная взаимосвязь жертвы с палачом, которые зависят друг от друга, нуждаются друг в друге, хотя разность их позиций дает им ощущение собственной индивидуальности. При конформизме превалирует чувство укорененности, в то время как при деструктивизме, наоборот, верх одерживает стремление к индивидуализации, к разрушению того общества, которое не позволяет человеку укорениться в нем. Таким образом, хотя эти механизмы и помогают человеку преодолеть внутреннее несоответствие, они тем не менее не решают глобальных проблем построения такого общества, которое бы способствовало гармоничному развитию основных стремлений каждого человека.

Задумавшись над способами построения такого общества, Фромм пришел к выводу, что есть два способа реализации своей внутренней природы – способ бытия и способ иметь. Люди, которые живут, чтобы иметь, ориентированы на внешнюю сторону своего развития, на укорененность в обществе. Для них главное – показать свою индивидуальность, свое значение, которых на самом деле у них нет, для того чтобы придать себе вес в глазах других. При этом неважно, за счет чего они хотят придать себе значительность, т.е. чем они хотят обладать – знаниями, властью, любовью, религией. Их не интересует сама суть этих знаний или религии, но им важно показать всем, что это их собственность. Отсюда их догматизм, нетерпимость ко всем, кто ставит под сомнение истинность их позиции, их напряженность и неуверенность, так как они бессознательно боятся, что кто-то отберет у них незаслуженную собственность; отсюда их агрессивность против всех, кто, как они подозревают, покушается на их собственность. Все это приводит к неврозу, делая потребность иметь невротически ненасыщаемой и приводя все к большей невротизации и напряженности человека.

Развитие по принципу быть характеризуется внутренней свободой и уверенностью человека в себе. Таким людям все равно, что о них думают другие, для них главное – это не продемонстрировать обладание знанием, религиозностью, властью или любовью, но быть, чувствовать себя любящими, религиозными, знающими людьми. В этом и реализуется индивидуальность человека, его понимание своей самоценности. В то же время такие люди не стремятся рвать все связи с обществом и окружающими, к свободе от всего. Им нужна свобода только для самореализации, для того чтобы быть самим собой. Поэтому обретение свободы не оборачивается для них драмой. Стремясь быть собой, эти люди уважают и стремления других к бытию, а потому они терпимы и не агрессивны в отличие от людей, живущих по принципу иметь. Эти люди подходят к жизни как к творчеству, выходя в акте творчества за пределы себя как творения, за пределы пассивности и случайности своего существования и переходя в область целенаправленности и свободы. Именно в этой человеческой потребности в трансцендентности, в творчестве, в бытийности и лежат корни любви, искусства, религии, науки и материального производства. И именно такие люди, по мнению Фромма, помогут появлению нового социального общества.

Работы Фромма «Бегство от свободы» (1941), «Человек как он есть» (1947), «Анатомия человеческой деструктивности» (1973), «Иметь или быть» (1976) продолжили развитие фрейдомарксизма, заложенного Райхом и одно время очень популярного в западной психологии. Однако наибольшее значение работ Фромма заключается в том, что они, оставаясь в русле основных положений психоанализа, отвечали на новые, возникшие уже во второй половине XX в. вопросы, соединяя идеи Фрейда не только с учением Маркса, но и с работами Адлера и гуманистической психологией. Попытки на языке психоанализа показать противоречивость позиции человека в его общении с окружающими, роль общества, социальной формации в развитии личности человека имели огромное значение не только для психологии, но и для смежных наук – истории, социологии, философии, педагогики.

Значительное влияние на развитие глубинной психологии оказали и работы младшей дочери Фрейда – Анны Фрейд (1895-1982). Хотя первые ее исследования относятся к 30-м годам, наиболее интересные работы появились позже.

А. Фрейд с детства приобщилась к научной деятельности своего отца, выполняла в течение многих лет обязанности его секретаря, а в 1922 г. сделала свой первый научный доклад и была принята в Венское психоаналитическое общество. В 1938 г., после оккупации Австрии нацистами, подвергалась аресту и допросам в гестапо, что послужило дополнительным основанием для Фрейда покинуть Вену. Ей и жене Фрейда было разрешено эмигрировать вместе с ним. В Лондоне Анна уделяла огромное внимание моральной поддержке отца и уходу за ним, когда он заболел.

После смерти З. Фрейда Анна посвятила себя развитию психоаналитического движения и теории глубинной психологии. Наибольшее внимание она уделяла формированию детского психоанализа и стала одним из авторов Эго-психологии. В 1952 г. она организовала и возглавила Хэмпстедскую клинику детской терапии, которой руководила до 1982 г.

В 1936 г. в книге «Психология «Я» и защитные механизмы» ею были систематизированы мысли Фрейда о защитных механизмах и показана их роль в психической жизни. Тогда же она начала развивать мысли о цельности Эго и его самостоятельной, не зависящей от Ид, роли в психической жизни человека. Эти положения и легли в основу Эго-психологии.

Основные ее труды были посвящены исследованию «трудных детей», прежде всего агрессивных и тревожных. Она считала, что в структуре личности ребенка с самого начала агрессивность появляется как составная часть сексуальной жизни в виде «анального садизма». Уже в раннем дошкольном возрасте одновременно с «самосексуальной деятельностью» у ребенка появляются «самоагрессивные возможности очищения». Это проявляется, например, в «боданиях» маленьких детей. Нормальное развитие ребенка требует уже на этой стадии поворота агрессивности от себя к внешнему миру. На следующих стадиях развития агрессивность еще раз направляется против себя, но уже не против тела, а против своего «Я». Идеи А. Фрейд о специфике психологических кризисов, которые влияют на дальнейшее развитие личности, нашли отражение в поздних работах «Детство в норме и патологии» (1968), «Интересы ребенка» (1973).

Согласно А.Фрейд, нормальное детское (как и взрослое) поведение предполагает существование элементов двух основных стремлений. В нормальном поведении агрессивность сдерживается либидо. Именно сплав либидо и агрессии нормален и типичен. Но кроме нормального проявления агрессивности, связанного, например, со стремлением удержать объекты любви ребенка (любимая игрушка, грудь матери для младенца и др.), А.Фрейд обратила внимание и на патологические проявления детской агрессивности. Исследуя влияние психической депривации на развитие ребенка, она пришла к выводу, что такая агрессивность возникает при аномальных условиях развития ребенка (без родителей, без семьи, в концлагерях, в домах ребенка, интернатах и т.д.). Результаты этих исследований были опубликованы в работах «Дети без семьи» (1943), «Война и дети» (1943). Она считала причинами появления агрессивности либо полное отсутствие объектов любви в окружении ребенка, либо частую смену этих объектов, либо невозможность по каким-то причинам установить отношения с объектами любви. Таким образом, агрессивные (как и тревожные) тенденции появляются в связи с тем, что либидо не развивалось или оставалось в первичной стадии.

Исходя из этих утверждений, А. Фрейд пришла к выводу, что в таких случаях коррекционная работа с детьми должна ориентироваться на развитие либидо, формирование привязанности к другим людям, развитие у детей чувства защищенности, а не на преодоление у них агрессивных реакций. Начиная с самой ранней работы «Введение в технику детского анализа» (1927), она занималась методами детского психоанализа, раскрытием возможностей «игровой терапии».

Наряду с А. Фрейд одним из лидеров детского психоанализа стала М.Клейн (1882-1960). После знакомства с З.Фрейдом и Ш. Ференци она, при поддержке последнего, посвятила себя психоаналитической работе, прежде всего изучению психоаналитических проблем детского возраста.

В 1932 г. Клейн опубликовала работу «Детский психоанализ», в которой изложила свои идеи о внутреннем мире ребенка и возможностях игровой психоаналитической терапии. В работах «Зависть и благодарность» (1957), «Повествования о психоанализе ребенка» (1961) и других она раскрыла свою концепцию объектных отношений и существенно расширила содержание понятия «трансфер», разработав концепцию проективной идентификации. Тем самым было обосновано применение в диагностических целях проективных методик.

М. Клейн, также, как и А. Фрейд, не отрицала наличия агрессивного инстинкта смерти и разрушения, но связывала его не с либидо, а с некоторыми возрастными моментами детского развития, прежде всего с развитием эдипова комплекса и рождением Супер-Эго.

Она считала, что «эдиповы тенденции» ребенка начинают действовать после его оральных фрустраций и в этот же период начинает формироваться Супер-Эго. Это происходит уже со второго полугодия жизни, при отлучении ребенка от груди, и продолжается до третьего года жизни, когда уже ярко проявляется эдипов комплекс.

Говоря о том, что сплав разрушительных и либидозных стремлений существует с самого начала жизни детей, Клейн приводит разные примеры агрессивных поступков младенцев, направленных против материнского тела, больше всего – груди. Такие агрессивные действия, согласно Клейн, имеют орально-садистский характер. В связи с этим инстинкт смерти направляется против своего организма и принимается как опасность для самого «Я», что приводит индивида в состояние стресса. Ребенок вынужден перенести все свои страхи, связанные с инстинктом саморазрушения, на какой-то другой, внешний объект, и он старается разрушить этот объект, чтобы защититься от внешних угроз.

Клейн также писала о том, что в союзе либидо и инстинкта смерти преобладает агрессивность, которая рождает стресс. Стресс, в свою очередь, усиливает агрессивность. Эта связь может быть разрушена только с помощью усиления либидо. Таким образом, она пришла к тому же выводу, что и А. Фрейд: только усиление либидо может снизить агрессию.

Одной из наиболее значимых концепций для детской психологии в последние годы стала теория привязанности, разработанная английским психологом и психиатром Д.Боулби (1907-1990). Окончив в 1929 г. Кембриджский университет, он начал работу в школе для малолетних правонарушителей. Общение с этими детьми привело его к мысли о том, что основные проблемы,

испытываемые ими в процессе социализации, связаны с нарушением общения с родителями, недостатком тепла и заботы в раннем возрасте. Параллельно с работой в школе Боулби обучался психоаналитической технологии в Лондонском университете и в начале 30-х годов начал работу в Главной лондонской детской больнице в качестве детского психоаналитика.

Постепенно он отошел от классического психоанализа, стремясь соединить в своей концепции различные подходы к детскому развитию (этологический, когнитивный, культурологический). Краеугольным камнем этого соединения было стремление объяснить формирование связи между грудным ребенком и матерью, исходя из положений этологии. Однако, исследуя поведение пары ребенок-мать в среде их обитания, он подчеркивал социальный, культурный аспект этой среды, а потому отвергал чисто натуралистические объяснительные принципы, так же, как и фрейдистские концепции оральной и анальной стадий. Его идея состояла в том, что в первые месяцы жизни устанавливается тесная эмоциональная связь между матерью и ребенком, которая не сводима ни к сексуальности, ни к инстинктивному поведению. Резкий разрыв этой связи приводит к серьезным нарушениям в психическом развитии ребенка, прежде всего в структуре его личности. Такие нарушения могут проявиться не сразу (и в этом отличие описываемых Боулби явлений от госпитализма и сходных с ним форм отклонений), значительно позднее, часто лишь в подростковом возрасте.

Боулби доказывал, что мать для маленького ребенка является надежной защитой, своеобразной базой, которую он время от времени покидает, стремясь исследовать окружающий мир. Однако эта исследовательская активность стабильна и адекватна в тех случаях, когда ребенок уверен, что он может в любой момент вернуться под защиту матери. Таким образом, главная цель формирования эмоциональной связи между ребенком и матерью – дать ребенку ощущение защищенности и безопасности. Именно тепло и ласка, исходящие от матери в первые годы жизни, важны для ребенка, подчеркивал он, а не правильный уход и обучение, осуществляемые ею. Его исследования показали, что дети, имеющие тесный эмоциональный контакт с матерью, демонстрируют более высокие результаты в уровне познавательной активности, чем дети, которые росли в холодных семьях, или дети, потерявшие мать в дошкольном возрасте. Он также доказывал, что у подростков, которые не имели устойчивой эмоциональной связи с матерью, чаще наблюдаются депрессии, формируются изменения в структуре личности.

Эти работы Боулби привели в 50-х годах к изменению условий госпитализации маленьких детей, которых не разлучают с матерью. В последние десятилетия в Англии, США и Японии появляется большое количество работ, в которых анализируются как кратковременные, так и долговременные последствия нарушений эмоциональных контактов между матерью и ребенком, а также проводятся сравнительные исследования различных стилей общения с детьми, существующих в этих странах.

В настоящее время многие положения психоанализа широко применяются в практической детской психологии. Главным образом это идеи катарсиса, очищения от агрессивности и «свободного антиавторитарного» воспитания.

Коррекционные технологии, основанные на идее катарсиса, часто применяются, например, для снижения агрессивности детей, при этом им в игровой деятельности предлагается направить их агрессивность «к вещам, заменяющим ее причину». В своей книге «Детская агрессивность» Л. Аткин предлагает давать ребенку молоток и гвозди или боксерский тренажер. Такая деятельность, с его точки зрения, позволит уменьшить агрессивность и проявить агрессивные чувства творчески.

Под влиянием психоанализа крупный педагог А. С. Нейлл предложил новый тип образования, так называемый «антиавторитарный». Нейлл считал, что агрессивность ребенка возникает внутри личности и готова проявиться как ненависть против жизни, как сексуальное отталкивание (другого), как стремление к драке. По мнению Нейлла, проблема появляется тогда, когда взрослые начинают обучать детей, передавая им все отрицательное, что есть у них. Для Нейлла влияние среды всегда отрицательно, и он пришел к выводу, что если в этом мире никак нельзя уничтожить влияние среды, то можно это влияние ограничить, так как «свобода излечивает большинство нервных расстройств у детей».

Продолжались и начатые Г. Салливаном исследования на стыке нескольких психологических

направлений. Продуктивность такого подхода была продемонстрирована в концепции американского ученого Э.Берна (1910-1970). БERN родился и получил медицинское образование в Канаде. После окончания университета в Монреале он эмигрировал в США, где прошел специализацию по психоанализу. Его главным достижением является разработка концепции трансактного анализа, которую он вначале называл социальной психотерапией, подчеркивая ее связь с социальным научением. Концепция Берна ориентирована в большей степени на практику, чем на формирование новых теоретических положений.

В книгах «Игры, в которые играют люди» (1964) и «Что ты говоришь после того, как поздоровался» (1972) он изложил ведущие положения трансактного анализа. В основе его лежит понятие о трех Эго-состояниях, в которых может находиться человек – родитель, взрослый, ребенок. В каждый конкретный момент человек может находиться в одном из этих состояний, переключаясь на другое при изменении ситуации.

Каждое из Эго-состояний хранит определенную информацию (правила поведения, скрипты, т. е. сценарии жизни, и т.д.) и играет важную роль в конкретной жизненной ситуации, определяя поведение человека в ней. На изучении межличностных отношений клиентов, стереотипных схем поведения (игр, по терминологии Берна) и долговременных жизненных планов (скриптов) и строится работа по осознанию и изменению Эго-состояний клиентов. При этом задачей психотерапевта является избавление клиента от рано сформировавшихся деструктивных игр и сценариев и оптимизация его межличностных отношений.

Принципиально новый подход к модификации глубинной психологии был осуществлен в теории французского психолога Ж. Лакана (1901-1981). В своих первых работах он исследовал «стадию зеркала», т.е. начало узнавания себя в зеркале детьми 6-18 месяцев, выступающую как начало идентификации субъекта.

В 50-60-х годах Лакан начал разрабатывать свою теорию структурного психоанализа, основные положения которой изложил в работах «Тексты. Избранное» (1966), «Функции языка в психоанализе» (1968) и др. В этих трудах он сделал попытку соединить идеи Фрейда об особой роли языка и символики в структуре и функциях бессознательного с положениями структурной лингвистики.

В созданных им психоаналитических графах и технике психотерапии нашел отражение и его собственный практический опыт. В психотерапевтической работе Лакан уделял большое внимание речи пациента, особенно в процессе свободной беседы, а также моментам перехода от «пустой» речи к «полной» и восстановлению символического ряда.

Эффективность этих методов подтверждалась теоретическими исследованиями Лакана, в которых обосновывалась возможность представить бессознательное в языковых структурах, так как, по мнению Лакана, влечение человека есть, по сути, влечение другого, опосредованное его речью. Именно этим он объяснял многочисленные научные данные (не только свои, но и многих других ученых, в том числе российских лингвистов и психологов Потебни и Шпета) о несовпадении мысли и слова.

Специфический тип объектных отношений, которые непосредственно влияют на формирование Я, выделил и описал американский психотерапевт Хайнц Кохут (1913– 1970). Заимствовав из кляйнианства некоторые идеи, он предложил оригинальную теорию развития отношений, сконцентрировав внимание на объектной природе генезиса Я (эго). Его рассуждения о расстройстве Самости как причины психических заболеваний и нарушений характера получили широкое признание в психотерапии и психиатрии.

Самость (self) – естественная, настоящая суть конкретного индивида. Она нуждается во внешних объектах, с помощью которых развивается и переживает свою целостность. Селфобъекты – лица из ближайшего окружения ребенка (мать и отец), которые удовлетворяют ее потребность в личностном росте. Таких потребностей, по мнению Х. Кохута, три: грандиозно-эксгибиционная (желание младенца чувствовать свое величие и совершенство, потребность в том, чтобы родители восхищались им, отмечая, что оно лучше, разумнее, красивый и т.д.), потребность в идеальном имаго (родительском образе) и потребность в альтер-эго (походить на других).

Х. Кохут пришел к выводу, что развитие объектных отношений человека и развитие его

сущностного ядра (селф) совпадают лишь частично и могут конкурировать. Используя фрейдовское представление об ограниченном количестве энергии либидо у отдельного индивида, можно сказать: чем больше энергии тратится на объектные отношения, тем меньше ее остается в нарциссических состояниях и переживаниях. Зрелая здоровая личность находится скорее в объектной зависимости, чем в состоянии нарциссизма, хотя он и необходим для развития Самости.

Нарциссизм, по Х. Кохуту, – естественный и нормальный процесс, с помощью которого либидо «вкладывается» в развитие Самости. Эта часть психической энергии, названная нарциссическую либидо, используется для личностного роста и взаимодействия с близкими, удовлетворяющие селф-потребности. Развитие Самости во многом обусловлено интернализацией (усвоением) отношений с людьми, которые обеспечивают любовь, поддержку, одобрение, положительную самооценку.

В раннем детстве нормальное развитие могут обеспечить только хорошие селфобъекты, то есть родители, которые удовлетворяют потребности личностного роста. Такие объекты называют инфантильными, архаичными, подчеркивая примитивном характере объектных отношений младенца. Фрустрация всех базовых селф-потребностей приводит к тяжелым расстройствам личности, и, если хотя бы одно из них удовлетворять в достаточной степени, существует возможность компенсации.

Зависимость от людей, которых субъект воспринимает как идеальных, или от тех, кто воспринимает его как идеального, проявляется в любом возрасте. Во многом это свойственно всем, однако у лиц с расстройствами Самости эта зависимость становится неумемной потребностью. Такие люди никогда не удовлетворены своими отношениями – им всегда не хватает любви, нежности, уважения, восхищения и близости. В психотерапии это проявляется осложнениями трансферентных отношений, страхом перед окончанием анализа и тому подобное.

Тема 4. Психоанализ в России.

Специфика развития идей психоанализа в России. Перевод работ З. Фрейда, К.Абрагама, А. Адлера, Г. Закса, О. Ранка, В. Штекеля и творческая переработка их идей российскими учеными. Психоанализ в дореволюционной России: М. Асатиани, Л. Белобородов, Н. Вырубов, М. Вульф, А. Залкинд, Ю. Каннабих, В. Лихницкий, Н.Осяпов, А. Певницкий, Т. Розенталь и другие. Критика идей Фрейда: О. Фельцман, Я. Рамист, Н. Скляр. Русское психоаналитическое общество. Развитие психоанализа в послереволюционный период. Участие М. Вульфа, Н. Осипова, И. Ермакова, А. Лурия и других советских ученых в работе Русского психоаналитического общества. Поляризация взглядов ученых на психоанализ к середине 20-х годов XX века. Создание Государственного психоаналитического института (1922 – 1925). Работы Шпильрейна. Запрет психоанализа в Советской России. Возрождение российского психоанализа в конце XX века. Создание Российской психоаналитической ассоциации. Современный российский психоанализ.

Первое применение идей венской школы психоанализа в российской психиатрии относится к 1896 г., когда московский врач В. М. Даркшевич использовал вновь открытый катарсический метод Брейера–Фрейда для лечения алкоголиков и нервных больных. Однако широкую известность в медицинских и гуманитарных кругах психоанализ в России стал обретать лишь с 1904 г., после издания «Толкования сновидений» Фрейда на русском языке.

Менее к 1908 г. стало возможным говорить о существовании, по крайней мере в Москве, устойчивого объединения врачей и психологов, избравших и широко внедряющих в практику психоаналитические идеи.

С осени 1908 г. при Психиатрической клинике Московского университета под руководством В.П. Сербского функционирует психотерапевтическая амбулатория, где используются психоанализ, гипноз, катарсический метод и ассоциативный эксперимент Юнга.

1910-1914 гг. – период максимального расцвета российского психоанализа. В 1911 г. учрежден Русский Союз невропатологов и психиатров, выборное руководство которого состояло из психоаналитиков и лиц, поддерживающих развитие психоанализа (председатель Союза – Н.Н. Баженов, секретарь – Н.А. Вырубов, товарищ секретаря – Н.Е. Осипов и др.). С 1910 по 1914 г. выходит журнал «Психотерапия», в котором количество научных работ психоаналитической

ориентации возрастает за 4 года с 40 до 90%. Кроме российских врачей в «Психотерапии» публикуются Фрейд, Адлер, Штекель и др. Психоаналитические статьи все чаще появляются и в таких периодических изданиях, как «Современная психиатрия» и «Журнал невропатологии и психиатрии им С. С. Корсакова».

Большинство ученых искали способы отказаться от «пансексуализма», заменить главенство либидо главенством инстинкта самосохранения (Залкинд А.Б.), социального чувства и стремления к божественности (Бирштейн И.А.). К 1912-1913 гг. часть психоаналитиков отошла от фрейдовского психоанализа к индивидуальной психологии Адлера, чья идея органического субстрата психоневрозов была традиционно ближе российской «физиологической» психиатрии, а понятие «комплекса недостаточности» резонировало с одной из центральных идей русской философии – с идеей преодоления человеком собственных границ ради сближения с Богом.

С 1914 по 1921 г. российский психоанализ переживает латентный период, начало которого связано с Первой мировой войной.

Постреволюционный период в России характеризуется возрождением интереса к естественным наукам, в том числе к проблемам психологии. Одновременно широко пропагандируется идея социалистического воспитания детей и ранней профилактики невротических заболеваний в целях создания «человека для коммунистического будущего».

С 1923 г. основными направлениями работы российских психоаналитиков, находившихся под сильным давлением власти и вынужденных ориентироваться на внутреннюю политику государства, становятся попытки синтеза учений Фрейда и К. Маркса, с одной стороны, и школ Фрейда и В. М. Бехтерева–И. П. Павлова – с другой, с целью создания единой «подлинно материалистической концепции личности».

Дальнейшие события были определены, с одной стороны, отсутствием ожидавшихся быстрых результатов от работы Детского дома-лаборатории и, как следствие, обилием критики и претензий со стороны вышестоящих инстанций – Главнауки и Наркомпроса; с другой – внутренними проблемами коллектива ГПИ, в частности недостаточной их профессиональной подготовкой

Дальнейшие события были определены, с одной стороны, отсутствием ожидавшихся быстрых результатов от работы Детского дома-лаборатории и, как следствие, обилием критики и претензий со стороны вышестоящих инстанций – Главнауки и Наркомпроса; с другой – внутренними проблемами коллектива ГПИ, в частности недостаточной их профессиональной подготовкой

Специфической особенностью «латентного периода» и формирования «второй волны» психоанализа в России являлось то, что труды Фрейда и его последователей в советский период (в отличие от фашистской Германии) не сжигались, а передавались в так называемые «спецхраны», и таким образом, хотя доступ к ним и ограничивался, он никогда не был закрыт окончательно.

С наступлением «перестройки» и провозглашением М. С. Горбачевым лозунга «Разрешено все, что не запрещено», эти работы начинают активно переиздаваться, а те или иные курсы лекций по психоанализу несколько ранее стали возможными даже в учебных заведениях закрытого типа.

действующая модель подготовки психоаналитически ориентированных психотерапевтов и психологов (с учетом их образования, персонального анализа, накопления часов собственной практики и ее супервизии) занимает 6-8 лет. Вероятно, в дальнейшем эта модель будет модифицироваться, постепенно приближаясь к международным стандартам. Были также (в соответствии с мировой практикой) разделены понятия «психоаналитической психотерапии» и «психоанализа», но при этом они не дистанцировались друг от друга, а объединялись в едином континууме подготовки специалистов, т. е. психоаналитически ориентированная психотерапия (с низкой интенсивностью сеттинга) рассматривается как возможный первый или переходный этап к психоанализу. При этом выбор – остановиться на уровне стандарта психоаналитической психотерапии или идти по пути международных стандартов психоаналитического тренинга и сеттинга – есть у каждого специалиста. В целом, в решении этих организационных вопросов разработчики и специалисты НФП вполне осознанно ориентировались не на международные стандарты, а на острейшую потребность собственной страны в квалифицированных специалистах.

При этом стандарты более высокого уровня не отвергаются, а рассматриваются как ориентиры на будущее.

В настоящее время все эти проблемы активно разрабатываются ВЕИП и НФП. С 1999 г. НФП аффилирована Российской психотерапевтической ассоциацией (президент – Б. Д. Карвасарский).

Главные задачи НФП в настоящее время – объединение усилий психоаналитических обществ и других учреждений психоаналитической ориентации в целях выработки:

- единых стратегических подходов к проблемам общеобразовательной подготовки, клинического тренинга, сертификации и государственной аккредитации психоаналитически ориентированных специалистов, а также законодательное оформление их деятельности;
- создание более эффективной системы профессиональной информации;
- противодействие дискредитации психоанализа, попыткам деятельности вне правового поля и «дикому» психоанализу.

Тема 5. Техника психоаналитической психотерапии и психоанализа.

Психоаналитическая ситуация, сеттинг, первичное интервью, техника ведения первичного интервью, психоаналитическая оценка пациента, актуальный конфликт, аффект, защита, компромиссное образование, планирование сеттинга (частоты встреч, оплаты) и тактики терапии, показания-противопоказания и пригодность-непригодность к терапии, здоровая часть Я, вклад пациента и терапевта в первичное интервью, медицинская – и аналитическая модели интервью, цели первичного интервью, формирование терапевтического союза во время первичного интервью, особенности динамики и техники в начале терапии и завершающей фазе, терапевтические вмешательства, конструкции и интерпретации, цель конструкции, диссоциация, бесполезные конструкции, результат конструкций, верификация конструкций, негативный эффект конструкций, конструкции и защиты, способы предъявления конструкций, инструкции, конфронтация и прояснение, комментирование и обобщение, нормальное социальное общение, анализ сопротивления, анализ переноса и контрпереноса, интерпретация, рабочий союз и реальные отношения, анализ сновидений, нейтральность и внутриспсихический конфликт, дилемма и выбор пациента и терапевта, нейтральность и межличностный конфликт между пациентом и терапевтом, нейтральность и свободные ассоциации, нейтральность и автономия, противопоказания к нейтральности, абстиненция пациента и терапевта, абстиненция и переходное пространство, анонимность терапевта и нетерапевтические отношения терапевта и пациента в кабинете и вне его (случайные встречи, подарки, телефонные звонки, обстановка кабинета, участие в совместных мероприятиях, ошибки терапевта и т.д.), мотивация отыгрывания, отыгрывание и внешняя реальность, субъективное переживание отыгрывания, отыгрывание и сопротивление, отыгрывание и взаимодействие, условия возникновения, диагностика и техника работы с отыгрыванием, вмешательства при краткосрочной терапии.

Классический психоанализ включает в себя следующие основные этапы: продуцирование материала, его анализ и рабочий альянс.

Продуцирование материала.

Основные способы продуцирования материала – свободная ассоциация, реакция переноса и сопротивление.

Свободная ассоциация

В классическом психоанализе преобладающим способом сообщения материала пациентом является свободная ассоциация, то есть представления, мысли, воспоминания, которые возникают спонтанно, без напряжения и сосредоточения. Как правило, работа со свободными ассоциациями начинается после того, как предварительное интервью успешно завершено. В предварительном интервью аналитик оценивает способность пациента работать в психоаналитической ситуации. Часть этой работы состоит в определении психологической гибкости «Эго» пациента, его способности восстанавливать душевные силы. Пациент обычно большую часть сеанса свободно ассоциирует, но он может также рассказывать сновидения или другие события ежедневной жизни или прошлого. Для психоанализа характерно то, что пациента просят продуцировать любые

ассоциации при пересказе сновидений или каких-либо переживаний. Свободная ассоциация в психоанализе имеет отчетливый приоритет над другими способами продуцирования материала в аналитической ситуации.

Основное правило для пациента, поощряемого инструкцией психоаналитика, заключается в том, что он должен стремиться к открытости, сообщать, свободно высказывать свои мысли, представления, чувства, ожидания, воспоминания и факты, не пытаясь в это время сосредоточиться, не контролируя и не оценивая их, вне зависимости от того, что они могут казаться ему незначимыми, бессмысленными, нелепыми, постыдными. Обстановка психоаналитического сеанса создается таким образом, чтобы способствовать свободному ассоциированию, максимально вызывать к жизни подавленные когда-то переживания и воспоминания. Пациент находится в пассивном положении, лежит на кушетке и не видит врача, а воздействия окружающей среды сводятся к минимуму.

Фрейд описывает метод свободных ассоциаций следующим образом: «Не оказывая какого-либо давления, аналитик предлагает пациенту лечь удобно на софе, тогда как сам он сидит на стуле за ним, вне поля зрения. Он даже не просит его закрыть глаза и избегает любых прикосновений, так же как избегает всяких других процедур, которые могут напомнить о гипнозе. Сеанс, следовательно, происходит как беседа между двумя людьми, в равной степени бодрствующими, но один из них воздерживается от любых мускульных усилий или ощущений, которые могут отвлечь его внимание от его собственной умственной деятельности. Для овладения идеями и ассоциациями пациента аналитик просит разрешить ему войти в такое состояние, как если бы они беседовали бесцельно, наугад» (Фрейд З. 1904).

В общем виде ассоциация – это такая связь между психическими феноменами, когда актуализация (восприятие, представление) одного из них влечет за собой появление другого. В основе правила свободных ассоциаций, коего придерживаются все практикующие психоаналитики, лежит представление о том, что одна ассоциация неизбежно влечет за собой другую, расположенную более глубоко в бессознательном. Традиционная ассоциативная школа исходила из того, что связи между отдельными элементами сознания, психическими «атомами», возникают в силу частоты повторения, смежности во времени и пространстве, то есть зависят не от внутренних тенденций психической деятельности, а от внешних обстоятельств. Для Фрейда ассоциации выступают не как проекция объективной связи вещей, а как симптомы мотивационных установок личности; он искал в ассоциациях смысловое содержание. Для смыслового содержания определяющим является отнесенность к реальным объектам, к внешним ситуациям; порядок и связь идей соответствуют порядку и связи вещей. Однако задача, которую стремился решить Фрейд, обратившись к методу свободных ассоциаций, состояла в том, чтобы выяснить, чему соответствуют эти ассоциации не в мире внешних объектов, а во внутреннем мире субъекта. Таким образом, Фрейд пытался найти в ассоциациях смысловое содержание, но не предметное, а личностное, стремился найти ключ к бессознательному (Карвасарский Б. Д., 1998). Ассоциации, продуцируемые пациентом, интерпретируются как символическое выражение подавленных мыслей и чувств.

Техника свободного ассоциирования основывается на трех предположениях: 1) все направления мысли имеют тенденцию приводить к тому, что имеет значение; 2) потребности пациента в психотерапии и понимание того, что его лечат, поведут его ассоциации в направлении значимого, за исключением того случая, когда действует сопротивление (которое проявляет себя во время сеанса невозможностью свободно ассоциировать и указывает на вытесненные влечения и травматические переживания); 3) сопротивление сводится к минимуму за счет релаксации и значительно усиливается за счет сосредоточения. Однако свободное ассоциирование может быть нарушено сопротивлением. Тогда задача психоаналитика будет заключаться в том, чтобы проанализировать возникшее сопротивление с целью восстановления нормального процесса свободного ассоциирования.

Сопротивления

В психотерапии процесс осознания причинно-следственных связей, конструктивное изменение личностных позиций и установок, а также отказ от старых и выработка новых форм

поведения сопровождаются определенными трудностями, противодействием, сопротивлением пациента (Карвасарский Б.Д.). Сопротивление – общепризнанный клинический феномен, сопутствующий в той или иной мере проведению любого вида психотерапии. Сопротивление означает тенденцию не затрагивать неосознанного конфликта и тем самым препятствовать любой попытке прозондировать истинные источники личностных проблем.

Фрейд рассматривал сопротивление как противодействие, неосознанно оказываемое пациентом попыткам восстановления в его сознании «вытесненного комплекса». Сопротивление имеет основу в личности пациента в виде самоподавляющих и защитных сил, которые поддерживают и сохраняют невротическое функционирование. В традиционном понимании сопротивление выявляется в психотерапии по мере того, как психотерапевтическое влияние начинает противодействовать защитной организации личности или разрушать ее и высвобождать подавляемые импульсы. По мнению Фрейда, механизмы защиты, направленные против испытанной когда-то опасности, вновь повторяются в виде сопротивления выздоровлению во время лечения. Таким образом, «Я» пациента относится к самому выздоровлению как к новой опасности.

В 1939 году Ф. Дойчпредложила деление сопротивлений на три основных вида: 1) интеллектуальные или интеллектуализирующие сопротивления; 2) сопротивления-переносы; 3) сопротивления, которые возникают как следствие потребности пациента защитить себя от воспоминаний о событиях, пережитых в детстве.

Однако понятие сопротивления не является синонимом понятия защиты. Если защитные механизмы рассматриваются как неотъемлемая часть психологической структуры пациента, то сопротивление представляет собой попытку защитить себя от угрозы своему психологическому равновесию, возникшей в результате психоаналитического лечения.

Термин «сопротивление» относится ко всем силам внутри пациента, которые находятся в оппозиции процедурам и процессам психоаналитической работы.

В большей или меньшей степени оно присутствует от начала и до конца лечения. Сопротивления оберегают статус-кво невроза пациента, находясь в оппозиции аналитику, аналитической работе и приемлемому «Эго» пациента. Аналитическая ситуация становится тем местом действия, где обнаруживается сопротивление.

Сопротивление есть повторение всех защитных операций, которые пациент использовал ранее в своей прошлой жизни. Для целей сопротивления могут быть использованы все разнообразные психические явления, но действует оно всегда через «Эго» пациента. При этом несмотря на то что определенные аспекты сопротивления могут быть осознаны, значительное их число все же по большей части остается бессознательным.

Психоаналитическая терапия характеризуется доскональным и систематическим анализом сопротивлений. Задача психоаналитика заключается в том, чтобы раскрыть, как именно пациент сопротивляется, чему он сопротивляется, и почему он это делает. Непосредственной причиной сопротивлений всегда служит избегание таких болезненных явлений, как тревога, чувство вины или стыда. За этими переживаниями и могут быть найдены вызывающие болезненный аффект инстинктивные побуждения. В конце концов, как правило, оказывается, что причина сопротивления – страх травматического состояния, которое сопротивление пытается предотвратить.

Различают Эго-синтоничные сопротивления и сопротивления, чуждые Эго. В первом случае пациент обычно отрицает сам факт существования сопротивления и препятствует его анализу. Во втором случае пациент чувствует, что сопротивление чуждо ему, и готов работать над ним аналитически.

Один из важных этапов психоанализа – перевод сопротивления из Эго-синтонического в сопротивление, чуждое Эго. Как только это достигается, пациент формирует рабочий альянс с аналитиком, и у него появляется готовность работать над своим сопротивлением.

По мере развития психоанализа сопротивления стали считать направленным не только против возврата угнетающих воспоминаний, но и против осознания безотчетных неприемлемых импульсов. Фрейд уже оценивал сопротивление не как полное подавление неприемлемого

психического содержания, а как причину искажения бессознательных импульсов и воспоминаний, в результате чего они появляются в свободных ассоциациях пациента в «маске». По аналогии с «цензором», в сновидениях сопротивление имеет своей целью помешать неприемлемым мыслям, чувствам или желаниям стать сознательными (Карвасарский Б. Д., 1998).

Сопротивление неизбежно присутствует в процессе всего лечения. Фрейд придавал значение связи между переносом и сопротивлением. Так называемое трансферентное сопротивление рассматривалось им как наиболее сильное препятствие на пути психоанализа. В психоанализе выделены следующие основные источники сопротивления (Карвасарский Б. Д., 1998): 1) сопротивление-подавление, отражающее потребность пациента защитить себя от болезненных импульсов, воспоминаний и ощущений. Чем больше вытесненный материал приближается к сознанию, тем больше возрастает сопротивление, и задача психоаналитика состоит в том, чтобы с помощью интерпретаций способствовать переходу этого материала в сознание в форме, переносимой для пациента; 2) сопротивление-перенос, выражающее борьбу против инфантильных импульсов, возникших в качестве реакции больного на личность психоаналитика. Это сознательное утаивание пациентом мыслей о психоаналитике, бессознательные трансферентные переживания, от которых больной пытается защититься. В этом случае задача психоаналитика также состоит в том, чтобы своим вмешательством способствовать переводу содержания переноса в сознание в приемлемой для пациента форме; 3) сопротивление-выгода – результат вторичных преимуществ, предоставляемых болезнью. Нежелание пациента расстаться с ними (использование положения больного для удовлетворения своих потребностей) во время лечения и составляет сущность этой формы сопротивления; 4) «сопротивление-оно» представляет собой сопротивление инстинктивных импульсов любым изменениям в их способе и форме выражения. Этот вид сопротивления требует для своего устранения «проработку», в процессе которой необходимо обучение новым паттернам функционирования; 5) «сопротивление-сверх-Я» – сопротивление, обусловленное чувством вины больного или его потребностью в наказании. Например, пациент, испытывающий острое чувство вины из-за желания быть самым любимым сыном и оттеснить своих братьев и сестер, может сопротивляться любой перемене, грозящей повлечь за собой ситуацию, в которой он может преуспеть больше, чем его соперники; 6) сопротивление, возникающее в результате неправильных действий психоаналитика и ошибочно выбранной тактики; 7) сопротивление, связанное с тем, что изменения, происходящие в психике пациента в результате лечения, вызывают сложности в отношениях с людьми, значимыми в его жизни, например, в семье, в основе которой был невротический выбор супруга; 8) сопротивления, возникающие из-за боязни закончить лечение и в результате этого перестать общаться со своим психоаналитиком. Такая ситуация может возникнуть, когда пациент попадает в зависимость от психоаналитика и начинает считать его лицом, занимающим в его жизни большое место; 9) сопротивление, связанное с угрозой, которую психоанализ создает самооценке пациента, например, в случае появления у него чувства стыда, вызванного воспоминаниями переживаний раннего детства; 10) сопротивление из-за необходимости отказаться от осуществляемых в прошлом способов адаптации, в том числе от невротических симптомов; 11) сопротивление, связанное с попытками изменить проявления называемого В. Райхом «защитного панциря характера», то есть фиксированных черт характера, которые остались даже после исчезновения породивших их первоначальных конфликтов.

В случаях психоаналитической терапии врач постоянно прилагает усилия для вскрытия и разрешения самых разнообразных видов сопротивления. Первые признаки сопротивления могут проявиться в том, что пациент начинает опаздывать или забывать назначенное время встреч либо заявляет, что ему ничего не приходит в голову при предложении заняться свободным ассоциированием. Сопротивление может выразиться в банальности ассоциаций и воспоминаний, в рациональности рассуждений при отсутствии аффекта, в атмосфере скуки, в отсутствии мыслей или в молчании. Слабо проявляющиеся сопротивления могут выражаться в форме согласия со всем, что говорит психоаналитик, в предоставлении описания сновидений или фантазий, которыми, как кажется пациенту, врач особо интересуется. Важно сразу показать пациенту, что у него имеются малоосознаваемые внутриличностные силы, противодействующие анализу.

Естественно, психотерапевт не говорит пациенту прямо, что тот сопротивляется или же не хочет выздоравливать, а показывает лишь его отдельные действия, направленные против анализа. Такой подход позволяет пациенту начать противодействие собственному сопротивлению.

В ходе аналитической терапии развитие «трансферентного невроза» сопровождается проявлениями «трансферентного сопротивления», которое отражает позитивное или негативное эмоциональное трансферентное отношение пациента к аналитику. Пациент с эротическим переносом стремится к удовлетворению своих желаний, вместо того чтобы работать в направлении инсайта, или проявляет сопротивление, дабы избежать в таком переносе сильного сексуального влечения. Ощувив фрустрацию в своих переносных влечениях, пациент может испытывать ненависть к врачу и желание унижить его, а не желание сотрудничать с ним и понять источники своей агрессии.

В психоанализе и психоаналитической терапии, как отмечает Б. Д. Карвасарский, сопротивление преодолевается с помощью интерпретации и проработки. В случае психоаналитической терапии, основанной на эго-психологической теории, ставятся задачи частичного разрешения одних сопротивлений и подкрепления других с последующей частичной интеграцией ранее подавлявшихся импульсов в систему взрослого «Я». В результате этого может произойти некоторое увеличение силы и гибкости «Я», что создаст возможность более эффективного подавления резидуальных, динамически бессознательных импульсов и изменения импульсивно-защитной конфигурации. Это увеличивает адаптивные – в противоположность дезадаптивным – аспекты личности. Дальнейшее развитие психоаналитической техники способствовало тому, что анализ сопротивления расширился до детального анализа функции сопротивления патологических черт характера. Многие виды сопротивления обусловлены характерологической структурой пациента.

Райх связывал феномен сопротивления с так называемой телесной броней и поэтому полагал, что его можно ослабить с помощью методик прямого телесного воздействия. В трансперсональной психотерапии С. Грофа специальной техникой для мобилизации энергии и преобразования симптомов, переживания в условиях сильного сопротивления являются использование психоделических препаратов или немедикаментозные подходы (биоэнергетические упражнения, рольфинг). В традиционной гипнотерапии сопротивление преодолевается погружением в глубокое гипнотическое состояние, а в эриксоновской модели гипнотерапии сопротивление применяется для индукции гипнотического транса и его терапевтической утилизации. Ф. Перле отмечал проявление сопротивления в особенностях невербального поведения клиента и с целью преодоления этого сопротивления использовал прием «преувеличения», при котором ослабляется сопротивление и осознаются подавленные переживания. Например, по указанию врача пациент все крепче и крепче сжимает руки и осознает при этом подавленный гнев, связанный с актуальной жизненной ситуацией, анализируемой в ходе терапии. В личностно-ориентированной (реконструктивной) психотерапии Карвасарского, Исуриной, Ташлыкова сопротивление оценивается как реальный клинический факт. Представляя собой своеобразный психологический защитный механизм, сопротивление обычно отражает реакцию пациента на болезненное для него прикосновение к зачастую глубоко скрытым или скрываемым им тягостным переживаниям, а также на перестройку, реконструкцию нарушенных отношений. В общении с врачом сопротивление выражается в различных формах – в уклонении от обсуждения наиболее важных проблем и переживаний, в молчании, в переводе разговора на другую тему, в неясности формулировок проявлений своего заболевания, в отрицательных реакциях на те или иные методы лечения, в юморе, а иногда даже в излишней податливости и согласии с высказываниями врача без должной их переработки.

Другие формы психотерапии, по мнению Р. Р. Гринсона, пытаются избежать или преодолеть сопротивление путем внушения, либо используя психотропные препараты, либо эксплуатируя отношения переноса. В укрывающей или поддерживающей терапии врач старается усилить сопротивление в случаях, когда это может быть необходимо для пациента. Лишь в психоанализе, терапевт стремится выявить причину, цель, форму и историю сопротивлений.

Тема 6. Терапевтические отношения в психоанализе. Работа с переносом и контрпереносом.

Специфика терапевтических отношений в психоанализе. Типичные модели поведения терапевта и клиента. Понятие переноса. Перенос как один из основных и наиболее ценных источников материала для анализа и как препятствие для успешного анализа. Значение переноса для клиента. Направления и стадии анализа переноса. Варианты классификации клинических форм реакций переноса. Позитивный и негативный перенос, их проявление в терапевтическом процессе. Техники, способствующие осознанию клиентом переноса. Конфронтация с реакцией переноса клиента. Стадии психотерапевтической работы с переносом. Понятие контрпереноса. Объективный и субъективный контрперенос. Две возможные реакции контрпереноса у психоаналитиков: соответствующая (контрдантная) и дополняющая (компенсаторная). Работа с контрпереносом.

Пациент и психоаналитик вступают в лечебный альянс в ходе согласования условий совместной работы (например, графика и порядка проведения сеансов) и в период применения психоаналитических методов, подразумевающих анализ переноса и сопротивления, а также соблюдение правила отстраненности.

Помимо этих формальных особенностей психоаналитической ситуации, понятие «лечебный альянс» характеризует устойчивые, длительные терапевтические отношения, благодаря которым совместная работа не прекращается даже в период значительных эмоциональных перегрузок и взаимной антипатии.

Лечебный альянс отличается от отношений в рамках переноса. Если отношения в рамках переноса обусловлены невротическими и, возможно, инфантильными паттернами переживаний и поведения, то лечебный альянс создается сознательно и целенаправленно. Понятие «лечебный альянс» и различные его варианты («терапевтический альянс», «лечебный союз» или «лечебный договор») появились в литературе, посвященной психоаналитическим методам и приемам лечения, довольно поздно.

Ни один из этих терминов Фрейд не употреблял, хотя в своих статьях по методологии, написанных в период 1912–1915 гг., он различает два компонента отношений в рамках переноса: невротические переживания, которые заявляют о себе в виде сопротивления и подлежат анализу, и конструктивный подход, способствующий осознанию. Несмотря на то что Фрейд ни разу не предпринял попытку разграничения в онтологическом смысле отношений в рамках переноса и деловых отношений, не связанных с переносом, он указывал на то, что терапевтические отношения имеют «постоянный раппорт» ([фр.]Rapport– повторяющаяся часть рисунка на ткани, обоях и т. д.): пациент должен «привязаться» к врачу хотя бы ради того, чтобы возникли условия для «разделения труда» в процессе анализа.

В дальнейшем другие авторы провели границу между лечебным альянсом и отношениями в рамках переноса, опираясь при противопоставлении двух этих различных форм отношений на психоаналитическую традицию эго-психологии. Концепция относительно автономных функций эго позволяет объяснить, почему пациент, вопреки своим регрессивным потребностям и острым конфликтам в рамках переноса, сохраняет способность к поддержанию надежного лечебного альянса.

Некоторые критики концепции эго-психологии категорически возражают против разграничения деловых отношений и отношений в рамках переноса. Иные поддерживают концепцию лечебного альянса из практических соображений, хотя полагают, что речь идет о форме переноса, обусловленного повторным оживлением переживаний, связанных с «успешными отношениями на начальном этапе развития» пациента. Это позволяет пациенту повторно реализовать свой внутренний конфликт, который некогда носил социальный характер, и поддерживать стабильные, ориентированные на совместную работу отношения с аналитиком, даже в условиях кризиса в аналитическом процессе.

В настоящее время онтологическая проблема разграничения в контексте метапсихологии деловых отношений и отношений в рамках переноса утратила былую актуальность. На повестке дня стоит практический вопрос о вероятности использования «двухколейной дороги» лечебного

альянса и отношений в рамках переноса в качестве «подспорья, а не преграды в процессе эффективной реализации психоаналитических методов».

Способность пациента (анализанда) к сохранению лечебного альянса даже в условиях кризиса считается существенной предпосылкой психоаналитического лечения. Например, пациент может не сообщать аналитику о своих ассоциациях, опасаясь того, что аналитик готов использовать эти сообщения ему во вред. Влияние подобных фантазий, продиктованных переносом, на лечебный альянс иногда отмечается в процессе анализа пациентов со «структурными расстройствами эго».

По всей видимости, такие пациенты не получили в детстве опыт позитивных отношений, на основании которого взрослые люди формируют в дальнейшем стабильные социальные отношения, способные выстоять в условиях эмоциональной перегрузки. В данном случае цель психотерапии заключается прежде всего в том, чтобы помочь пациенту обрести базальную способность к отношениям. И только после этого можно приступать к психоанализу. Не стоит опасаться того, что лечебный альянс иногда окрашивается в тона переноса, поскольку данное обстоятельство лишь свидетельствует о том, что представление о прагматичных, целенаправленных деловых отношениях между пациентом и психотерапевтом, равно как и концепции свободных ассоциаций, сбалансированного внимания и отстраненности, является, по существу, утопическим.

Лечебный альянс можно использовать при постановке диагноза и определении показаний к применению того или иного метода. Впрочем, вопрос о значении лечебного альянса в процессе анализа остается спорным. По мнению некоторых авторов, преимущество, которое предоставляет пациенту и аналитику лечебный альянс, создающий почву для совместной деятельности, может обернуться и серьезным недостатком. Лечебный альянс позволяет изъять из сферы психоаналитического осмысления те аспекты отношений между пациентом и аналитиком, которые заведомо считаются элементами прагматичного и рационального подхода, направленного на достижение целей психотерапии.

В связи с этим Дрюс и Брехт, критикующие эго-психологическую теорию об относительной автономности функций это, не обходят стороной и концепцию лечебного альянса. Они полагают, что в рамках этих концепций критико-аналитическая деятельность ограничивается рассмотрением лишь тех аспектов отношений, которые можно назвать инфантильными или невротическими. Аналитик и анализанд могут проигнорировать существенные элементы отношений в рамках переноса, рассматривая их сквозь призму лечебного альянса. Концепция лечебного альянса, изложенная в работах Штерба, не исключает такую возможность.

Критические замечания высказывались также по поводу претензии на объективность, которую можно обнаружить в концепции лечебного альянса. Если перенос подвергается субъективному анализу в рамках интерпретации терапевтической ситуации, то лечебный альянс с пациентом аналитик рассматривает с точки зрения отстраненного наблюдателя, словно сам не принимает участие в отношениях. Подобный подход противоречит представлению о том, что любые терапевтические отношения, в том числе лечебный альянс, формируются двумя участниками.

И наконец, концепция лечебного альянса подозрительно напоминает некую идеологию, поскольку, вопреки критическому подходу психоанализа, подразумевает уверенность в том, что определенные действия в свете психоаналитических методов являются безусловно «нормальными», «соразмерными» и «лишенными невротичности». От подобных заявлений один шаг до идеологии, поэтому притязания психоанализа на критическое осмысление любого частного соглашения, но по поводу нормальных отношений или действий вполне правомерны. Ныне, как и прежде, разглядеть перспективы развития пациента вне рамок социальных императивов можно лишь при условии устранения любых условностей с помощью свободных ассоциаций и сбалансированного внимания.

Реакции переноса

Эффективность метода свободных ассоциаций в значительной степени зависит от особых отношений, которые устанавливаются обычно между пациентом и врачом. В основе этих

отношений лежит феномен переноса (трансфер). Механизм данного феномена в классическом психоанализе заключается в том, что пациент подсознательно идентифицирует врача с объектами своих догенитальных сексуальных влечений. Другими словами, больной «переносит» на врача свойства отца и матери со всеми вытекающими отсюда обстоятельствами. Таким образом, речь идет о переносе пациентом на психоаналитика чувств, испытываемых им к другим людям в раннем детстве, то есть о проекции ранних детских отношений и желаний на другое лицо. Первоначальные источники реакций переноса – значимые лица ранних лет жизни ребенка. Обычно это родители, воспитатели, с которыми связаны любовь, комфорт и наказание, а также братья, сестры и соперники. Реакции переноса могут обуславливаться и более поздними отношениями с людьми, однако в этом случае последующий анализ обнаруживает, что эти позднейшие источники вторичны и сами произошли от значимых лиц из раннего детства.

Перенос состоит в переживании эмоций, побуждений, отношений, фантазий и защит по отношению к некоторой личности в настоящем, в переживаниях, не адекватных по отношению к этой личности, так как они являются повторением, перемещением реакций, образовавшихся по отношению к значимым личностям в раннем возрасте. Восприимчивость пациента к реакциям переноса исходит из его состояния инстинктивной неудовлетворенности и возникающей в результате этой неудовлетворенности необходимости поиска возможных разрядок.

Реакции переноса в последующей жизни более вероятны по отношению к тем людям, которые выполняют специальные функции, первоначально принадлежавшие родителям. Возлюбленные, руководители, учителя, актеры, психотерапевты особенно активизируют процесс переноса. Практически все человеческие взаимоотношения содержат смесь реальных реакций и реакций переноса. В повседневной жизни перенос возникает самопроизвольно, в том числе и в отношениях больного к врачу. Явление это главным образом бессознательное. Перенос может переживаться как эмоции, побуждения, фантазии, отношения, идеи или же защиты против них, которые всегда неуместны, неподходящий в настоящем, тогда как в прошлом были вполне адекватными реакциями.

Важно заострить внимание на том факте, что пациент склонен не вспоминать, а повторять, повторение же всегда есть сопротивление по отношению к функциям памяти. Однако путем повторения прошлого вновь и вновь пациент, действительно, делает возможным присутствие этого прошлого в аналитической ситуации. Повторение переноса привносит в анализ материал, который иначе остался бы вне поля зрения. Если перенос должным образом обработан, то он приводит к воспоминаниям, реконструкциям, к инсайту, пониманию, «схватыванию» проблемы и в дальнейшем к прекращению повторений.

Существует множество способов классификации клинических форм реакций переноса. Наиболее часто выделяют позитивный и негативный перенос. Термин «позитивный перенос» относится к различным формам страстного сексуального желания, а также к симпатии, любви, уважению к аналитику. Термин «негативный перенос» применяется для обозначения различных форм агрессии – гнева, антипатии, ненависти или презрения к аналитику. Все реакции переноса, по существу, амбивалентны.

3. Фрейд также использовал термин «невроз переноса» для описания той совокупности реакций переноса, в которой анализ и аналитик становятся центром эмоциональной жизни пациента, и невротический конфликт пациента вновь оживает в аналитической ситуации (Фрейд 3.). Психоаналитическая техника направлена на то, чтобы обеспечить максимальное развитие невроза переноса. Относительная анонимность аналитика, его ненавязчивость, «правило абстиненции», правило «аналитик – зеркало» – все это имеет целью сохранить по возможности нетронутым психическое пространство для формирования невроза переноса. Последний есть артефакт аналитической ситуации; он может быть уничтожен только путем аналитической работы. Невроз «переноса» служит своеобразным переходом от болезненного состояния к здоровому.

Контрперенос отражает собственные бессознательные реакции аналитика на пациента, хотя некоторые аспекты этого феномена могут быть осознанными. Феномен аналогичен переносу, имеющему огромное терапевтическое значение при анализе. В узком смысле контрперенос определяется как специфическая реакция на перенос пациента. В расширенном – все

эмоциональные реакции аналитика на пациента – сознательные и бессознательные, в частности, те, что препятствуют аналитическому пониманию и технике.

Под влиянием контрпереноса анализ для аналитика приобретает бессознательный конфликтный смысл, вместо того чтобы быть адаптированным к реальности и свободным от конфликтов. Внимательное изучение аналитиком чувств, возникающих при контрпереносе, дает ключ к пониманию поведения пациента, его чувств и мыслей, облегчая тем самым проникновение в его бессознательное. Такое тщательное самоисследование является одной из основных целей учебного анализа, помогающего аналитику осознать собственные конфликты и их производные.

Представляется, что анализ детей, а также психотических, пограничных и нарциссических пациентов порождает более сложные реакции контрпереноса; возрастание объема работы такого рода также повлияло на повышение интереса к контрпереносу.

Тема 7. Методы исследования в психоанализе.

Катартический метод. Истоки метода в работах Брейера. Катартический метод в классическом психоанализе. Редуктивный метод как обратное сведение бессознательного продукта к элементам, основным процессам (воспоминания о действительно имевших место событиях или элементарные психические процессы). Конструктивный метод в концепции К.Г. Юнга. Интерпретация как основная аналитическая процедура. Анализ психического события. Ступени анализа: конфронтация, прояснение, собственно интерпретация. Типы интерпретации: интерпретация содержания, символическая интерпретация, интерпретация защиты, мутационная (изменчивая) интерпретация. Этапы анализа психического события. Метод свободных ассоциаций как ослабление всех задерживающих инстанций сознания. Базовые предположения, лежащие в основе метода свободных ассоциаций. Модификация метода свободных ассоциаций А.Р. Лурия. Анализ переноса. Работа со сновидениями. Ошибки при использовании психоаналитического метода. Основные группы возможных ошибок: случайные ошибки; ошибки, связанные с длительным вмешательством контрпереноса.

Катартический метод (от греч. katharein – очищение). Психотерапевтический метод, лежащий в основе психоанализа, который заключается в том, что истерические симптомы прослеживаются в биографии пациента и делаются предметом осознания (отреагирования). Вначале это происходило в гипнозе, позднее – за счет использования метода свободных ассоциаций. При этом травматические переживания снова актуализируются, и благодаря отреагированию соответствующего аффекта происходит катарсис – собственно душевное очищение. Катартический метод впервые открыт Ж. Брейером в 1880 году на материале работы с пациенткой Анной О. и опубликован в 1895 году в статье, написанной вместе с З. Фрейдом.

Главной целью всех аналитически ориентированных методик является понимание пациентом самого себя, а основной технической процедурой – интерпретация.

Техника анализа включает 4 процедуры: прояснение, конфронтацию, интерпретацию, тщательную проработку. Анализируемое явление должно стать очевидным для пациента (конфронтация). Конфронтация подводит пациента к осознанию противоречивых и несогласованных друг с другом элементов его поведения, привлекает его внимание к тем фактам, которые раньше им не осознавались или считались самоочевидными, но при этом противоречат другим его идеям, взглядам, поступкам. Например, прежде чем анализировать сопротивление, нужно показать пациенту, что оно у него есть. Если человек понимает это, можно переходить к прояснению. Цель его – сфокусировать внимание на анализируемом феномене, тщательно отделить его от других, четко обозначить его границы.

Следующий, основной этап анализа – интерпретация. Для этого аналитик задействует не только свои теоретические знания, но и свое бессознательное, свою эмпатию и интуицию.

Фрейд писал: «Цель интерпретации состоит в том, чтобы сделать какое-то неосознанное психическое событие осознанным, чтобы мы смогли лучше понять значение данной части поведения. Интерпретация обычно ограничивается отдельным элементом, отдельным аспектом. Тщательно проработав данную интерпретацию элемента, попытавшись воссоздать историю и последовательность событий, в которую входит данный элемент, мы должны сделать нечто

большее, чем интерпретация. Мы должны реконструировать ту часть жизни пациента, которая шла своим чередом, окружая пациента, которая предопределяла появление этого элемента».

Процедуры прояснения и интерпретации тесно переплетаются. Очень часто первое влечет за собой вторую, а та, в свою очередь, приводит к дальнейшему прояснению. Путь от интерпретации к пониманию обозначается как этап тщательной проработки. Это путь от инсайта, от возможности аналитика проникать во внутреннюю жизнь пациента к пониманию пациентом самого себя. Из всех процедур анализа тщательная проработка – самая длительная по времени. Иногда она затягивается на полгода и более.

Техника анализа сопротивления складывается из следующих процедур:

1. Процесс осознания сопротивления.
2. Демонстрация факта сопротивления пациенту:
 - позволить сопротивлению стать демонстративным; способствовать усилению сопротивления.
3. Прояснение мотивов и форм сопротивления. Необходимо выяснить:
 - какой специфический болезненный аффект заставляет пациента сопротивляться;
 - какое специфическое инстинктивное побуждение является причиной болезненного аффекта в момент анализа;
 - какие конкретные форму и метод использует пациент для выражения своего сопротивления.
4. Интерпретация сопротивления:
 - выяснить, какие фантазии или воспоминания являются причиной аффектов
 - и побуждений, которые стоят за сопротивлением;
 - объяснить истоки и бессознательные объекты выявленных аффектов, побуждений или событий.
5. Интерпретация формы сопротивления:
 - объяснить данную и сходные формы деятельности во время анализа и вне анализа;
 - проследить историю и бессознательные цели этой деятельности в настоящем и прошлом пациента.

Важно не спешить с интерпретацией, так как это может или травмировать пациента, или привести к его интеллектуальному соперничеству с аналитиком. В любом случае это усилит сопротивление. Нужно дать возможность пациенту прочувствовать свое сопротивление, а уже потом перейти к его интерпретации.

Пациенту необходимо объяснить, что сопротивление является его собственной деятельностью, что это акция, которую он осуществляет бессознательно, предсознательно или сознательно, что оно не является виной или слабостью и что его анализ – важная часть психоаналитического лечения. Только когда пациент сам определит, что он сопротивляется, и ответит на вопрос, почему и чему он сопротивляется, возможно установить сотрудничество с ним, только тогда создается необходимый для качественного анализа рабочий альянс.

Свободная ассоциация представляет собой особый тип мышления, протекающий по механизмам первичного процесса. Возникающие таким образом мысли основываются на каком-то специфическом стимуле: имидже, слове, воспоминании, числе, цвете или возникают спонтанно.

Метод свободной ассоциации и процесс анализа сновидений являются фундаментальными психоаналитическими техниками. Фрейд применял технику свободной ассоциации при самоанализе и анализе своих сновидений. Для объяснения теории свободной ассоциации Фрейд использовал в качестве модели путешествие на поезде: «Действуйте так, как будто Вы на какое-то время являетесь путешественником, сидящим у окна вагона поезда и описывающим кому-то в вагоне изменяющиеся виды, которые Вы видите снаружи».

Метод предполагает в отсутствии концентрации внимания на чем-то конкретном переход от спонтанно возникающих образов, идей к другим образам, идеям в бесконечной цепочке ассоциаций, разветвляющихся в различных направлениях, что раскрывает содержание бессознательного с находящимися в нем желаниями, потребностями, воспоминаниями и переживаниями.

Использование свободной ассоциации в психоаналитической терапии заключается в предложении пациенту мыслить вслух, «озвучивать», монологически говорить обо всем, что бы ни приходило в голову. Фрейд описывает этот процесс следующим образом:

«Лечение начинается с того, что от пациента требуется поставить себя в положение внимательного и бесстрашного самонаблюдателя, просто считывать все время информацию с поверхности сознания, и, с одной стороны, быть почти полностью честным, с другой – не удерживать никакой идеи от коммуникации, даже если (1) он чувствует, что это слишком неприятно или, если (2) он считает это бессмысленным, или (3) слишком неважным, или (4) не относящимся к тому, что исследуется. Однозначно обнаружено, что именно те идеи, которые провоцируют эти «упомянутые реакции имеют особенное значение в раскрытии забытого материала».

Таким образом, метод свободной ассоциации, по сути дела, может быть более точно определен как метод «свободного говорения» о том, что приходит в голову, свободного перехода от одного содержания к другому безо всякой логической связи, без использования «латентной» последовательности, причинности и каких бы то ни было временных ограничений. Свобода нарратива от возникающих ассоциаций встречается с сопротивлением по отношению к отвергнутым ранее репрессивным содержаниям, если «осколки» последних вторгаются в сознание. Это приводит к остановкам, задержкам и прерыванию монолога. Стремление избежать болезненных переживаний изменяет содержание монолога, который становится «компромиссным образованием» между истинностью событий и стремлением пациента смягчить отрицательные болевые реакции.

В современном психоанализе при применении метода свободной ассоциации акцентируется внимание на поведении самого аналитика в процессе работы с пациентом в состоянии «свободного говорения».

Аналитик не должен стремиться сознательно осмысливать продуцируемый пациентом материал. Его задачей является «настройка» своего бессознательного на то, что происходит в бессознательном пациента, и установление с пациентом «бессознательной коммуникации». Таким образом, во время анализа аналитик, также, как и пациент, должен временно «растворить» свое сознание, не концентрироваться на чем-то, не анализировать, находиться в состоянии, приближающимся к медитации.

Работа со свободным говорением развивает бессознательные способности психоаналитика, его творческие способности

Тема 8. Психоаналитический подход к психопатологии.

Психиатрическая и психоаналитическая классификация психических расстройств, уровни развития личности и психопатология, тревожные расстройства, тревога и образование симптома, фобия и панические расстройства, обсессивно-компульсивный невроз, истерия, пограничные расстройства, алкогольная и наркотическая зависимость, расстройства питания, депрессии, психосоматические расстройства, перверзии, психозы.

Тревога – аффект или эмоциональное состояние, характеризующееся неприятным чувством ожидания или ощущением надвигающейся угрозы. Общими для всех тревожных состояний являются учащенное сердцебиение и дыхание, тремор, потливость, диарея и мышечное напряжение. Психологически тревога воспринимается как всеохватывающее переживание бессилия перед лицом нависающей угрозы, диффузной и неизвестной. Чувство тревоги может сопровождаться или подменяться телесными ощущениями. Тревога, отражая бессознательную опасность, отличается от страха, являющегося ответной реакцией на осознаваемую и реальную внешнюю опасность.

Поскольку невротические симптомы рассматриваются как избегание неприятных переживаний, связанных с тревогой, это понятие имеет центральное значение для всего психоанализа.

Первоначально Фрейд предположил, что функция тревоги состоит в том, чтобы сигнализировать Я об опасности, что запрещенные побуждения стремятся прорваться в сознание.

В своей второй теории тревоги в 1926 году Фрейд рассматривал тревогу с позиции Я, определяя ее как специфический ответ на индивидуально значимую угрозу, фактически – как страх какой-либо потери. При страхе угроза вытекает из распознаваемой внешней опасности, в то время как при невротической тревоге опасность исходит изнутри.

Фрейд описал типичные ситуации угрозы, имеющие место в развитии ребенка и формирующие тревожность (склонность индивида переносить тревогу). Первая из них – страх потери объекта, опекуна (обычно матери), от которого ребенок наиболее зависим. Позже, когда начинает восприниматься либидинозная ценность объекта все более отчетливой становится страх потери любви объекта. Еще позже на первое место выходит страх телесного повреждения (кастрации). Наконец, для латентного периода характерен страх совести, моральная тревога (после установления Сверх-Я). Фрейд отмечал, что, хотя эти «опасности» специфичны для разных фаз, они могут существовать и в Я взрослого. Наличие ранних форм тревоги на более поздних стадиях развития является отражением невротической фиксации; невротическая личность бессознательно боится одной из этих ранних опасностей, переживая тревогу в виде реакций или симптомов, служащих отражению или связыванию этой тревоги.

Существуют разные уровни тревоги. Принято выделять следующие типы тревожных расстройств: панические реакции, фобии, генерализованная тревожность. Панические реакции (спонтанные, эпизодические приступы тревоги) психоаналитическая теория рассматривает как защиту от импульсов сексуальной или агрессивной природы; фобии обычно берут начало со страха чего-то конкретного, а затем генерализируются; генерализованная тревожность – хроническое расстройство, сопровождающееся комплексными симптомами, берущее начало в фазовых ситуациях угроз. Психоаналитики полагают, что паническое расстройство является следствием неэффективной защиты от бессознательных разрушительных импульсов, вызывающих чувство тревоги.

Задача аналитической терапии – тщательная проработка последствий тревожности пациента с целью ее ослабления и устранения невротических наклонностей, обусловивших его специфическое отношение к себе и другим людям.

Фобия – психологический симптом, характеризующийся избеганием специфических ситуаций или объектов, которые, не будучи объективно опасными, вызывают сильную тревогу. Наиболее распространенными среди них являются зоофобия (страх животных), акрофобия (страх высоты), клаустрофобия (страх закрытых пространств и площадей), агорафобия (страх улиц или открытых пространств).

В понимании Фрейда фобический невроз является фазой в развитии истерии страха, при которой неспецифическая тревога, проявляющаяся чаще всего в форме приступов, связывается со специфическими внешними объектами или ситуациями, избегание которых становится центральным симптомом заболевания. Эти фобические объекты и ситуации отображают бессознательно или символически лежащий в основе психический конфликт и соответствующие детские страхи. Наряду с форму фобического невроза определяют специфические защитные механизмы, такие, как смещение (с одного объекта на другой, например, с отца, вызывающего страх, на какое-либо животное), проекция или экстернализация (например, с внушающего страх сексуального возбуждения на езду на автомобиле). Таким образом, фобия служит трансформации и маскировке бессознательной психологической угрозы.

Потенциально причиной возникновения фобии могут быть любые дериваты агрессивного и сексуального влечений, бессознательно переживаемые как опасные. Этиологическим фактором фобического невроза является, как правило, бессознательный эдипов конфликт.

Когда стабильное фобическое избегание хорошо рационализировано и образует основное, привычное средство противостояния тревоге, то тогда принято говорить о фобическом характере. Если же тревога становится слишком интенсивной, чтобы поглощаться существующей фобической симптоматикой, область иррационального страха и избегания может расшириться и вести к фобическому состоянию, способному на долгое время существенно ограничить активность пациента.

Психоневроз, характеризующийся навязчивыми мыслями и навязчивыми действиями

(компульсивным поведением) человека. Навязчивые мысли ощущаются как повторяющиеся, однообразные, навязанные извне и помимо воли человека, а их содержание – странное, неуместное, непристойное. Комппульсивное поведение характеризуется желанием выполнять бессмысленные действия, которые, являясь моторными эквивалентами obsessивных мыслей, становятся ритуальными и стереотипными. Навязчивые действия (беспрестанное мытье рук, отход ко сну с устранением всего того, что может упасть и разбиться, постоянная проверка замков и запоров, привычка к странным и бессмысленным поступкам) – это действия, значения которых человек не осознает и от которых не может освободиться даже в том случае, когда они воспринимаются им как доставляющие беспокойство и страдание.

Там, где «думание и делание» становится движущим психологическим мотивом для человека и где наблюдается выраженная диспропорция со способностью чувствовать, ощущать, интуитивно понимать, слушать, играть, мечтать, получать удовольствие от произведений искусства, а также с другими видами деятельности, которые в меньшей степени управляемы разумом или служат инструментом для чего-либо, мы имеем дело с obsessивно-компульсивной структурой личности. Бессознательный мир obsessивных людей имеет окраску “анальной” проблематики. Потребность чувствовать себя скорее контролируемым, пунктуальным, чистым и разумным, чем неподконтрольным, хаотическим, беспорядочным, и ограничивать себя в проявлениях таких эмоций, как гнев и стыд, становится существенной для поддержания самоидентичности и самоуважения.

Защитные процессы у obsessивных и комппульсивных людей (изоляция аффекта и уничтожение сделанного, реактивные образования) служат задаче подавления или развешения большей части аффектов и желаний. Однако бессознательное чувство вины (под которым скрывается враждебность) и осознаваемая подверженность чувству стыда (вследствие ощущения несоответствия собственным стандартам) легко вычлняются. Также, что явствует из характера, среди защитных механизмов выделяются зрелые формы сепарации аффекта от когниции–рационализация, морализирование, компартиментализация и интеллектуализация.

В семейных историях людей данной группы примечательно либо наличие чрезмерного контроля, либо его явный недостаток. Имеющиеся в настоящем объектные отношения формальны, исполнены морализаторского пафоса, им недостает “сока” полнокровной жизни, несмотря на демонстрируемую obsessивно-компульсивными людьми базовую способность к привязанности. Также им присущи перфекционизм, амбивалентность и избегание чувства вины путем отсрочивания или воспроизведения импульсивных действий.

Психоанализ вскрывает значение навязчивых мыслей и действий. На первый взгляд кажется, что подобные мысли и действия являются простыми формальностями, лишенными всякого смысла и значения, но они во всех своих деталях полны смысла, отвечают важнейшим интересам личности, выражают ее постоянные переживания. По мнению З. Фрейда, психоаналитические исследования позволяют выдвинуть утверждение, что навязчивые действия проистекают из интимной, большей частью сексуальной, жизни человека.

Совершаемые больными безобидные, незначительные навязчивые действия могут стать продолжительными и превратиться в почти неразрешимые проблемы. Навязчивые действия частично являются защитой человека от грозящей ему опасности, частично объясняются необходимостью обороны против искушения. В целом компромиссный характер навязчивых действий выступает в форме невротических симптомов. Благодаря аналитической работе раскрывается, что навязчивые действия служат для проявления бессознательных мотивов и представлений.

Истерия – невротическое заболевание, имеющее многообразные клинические проявления и характеризующееся разнообразным расстройством телесных (моторных, сенсорных, визуальных) функций и психических состояний человека. Люди с истерической структурой личности характеризуются высоким уровнем тревоги, напряженности и реактивности – особенно в межличностном плане. Люди с такой структурой характера театрально демонстративны, кокетливы, лабильны в настроениях, склонны к отыгрыванию эдиповых фантазий, но при этом боятся сексуальности и сдержаны в действиях.

Психоневрозы Фрейд разделял на две категории – истерический невроз и невроз навязчивости. Фрейд различал также два вида истерии – конверсионную истерию и истерию страха. При конверсионной истерии больной пытается справиться с психическим конфликтом, обращая его в телесные симптомы или посредством диссоциации; при истерии страха Я не преодолевает страх вопреки обсессивным и, прежде всего, фобическим механизмам. В настоящее время истерию страха принято обозначать как фобический невроз или смешанный психоневроз.

Конверсионная истерия характеризуется: 1) телесными симптомами, изменчивыми по природе и связанными с психическими функциями и значениями, а не с анатомическими и физиологическими нарушениями (анестезия, боль, паралич, тремор, глухота, слепота, рвота, икота и т.п.); 2) внешним эмоциональным безразличием к серьезности симптомов; 3) эпизодическими психическими состояниями (самостоятельными или сочетающимися с перечисленной выше симптоматикой), известными как истерические припадки. Последние включают диссоциацию определенных психических функций, не нарушающими сферу сознания или исключающими возможность нормального осознания, что приводит к таким расстройствам, как раздвоение личности, сомнамбулизм, общая амнезия и т.п. Нередко истерические припадки выражаются в сложных фантастических историях, которые могут быть проанализированы так же, как элементы сновидений.

Синдромы истерии индивидуальны, и анализ показывает, что они исторически обусловлены специфическими вытесненными прошлыми переживаниями. Выбор симптома (включая пораженный орган или область тела) преимущественно основан на содержании бессознательной фантазии, эротогенности области, ранних идентификаций и возможностей органа в символизации задействованных сил.

Появление истерических симптомов связано с пробуждением конфликтов, относящихся к эдипову периоду психосексуального развития. Основную опасность представляет желание объекта инцестуозной любви. Кроме того, как показал еще Фрейд, для определенных типов истерии немалое значение имеют догенитальные, в частности, оральные конфликты. Основными формами защиты выступают вытеснение, регрессия, сексуализация и идентификация, приводящие к диссоциированной телесной и аффективной симптоматике, которая действует как искаженный заместитель и компромисс по отношению к изначальному детскому сексуальному удовлетворению.

Обычной истерогенной ситуацией является семья, где маленькая девочка мучительно сознает, что один или оба родителя значительно больше расположены к ее брату(братьям), или если чувствует, что родители хотели, чтобы она была мальчиком; также если она замечает, что ее отец и другие члены семьи мужского пола обладают значительно большей властью, чем она, мать или сестры. Отцы многих истерических женщин – личности, одновременно внушающие страх и соблазнительные. В формирование истерической структуры личности вносит свой вклад ощущение проблематичности чьей-либо сексуальной идентичности. Так, мальчики, выросшие при «матриархате, где их принадлежность к мужскому полу была опорочена, развиваются также в истерическом направлении.

Несмотря на то что поначалу Зигмунд Фрейд и психоанализ в целом ограничивались изучением неврозов, терапевты, психологи и психиатры, вдохновленные психоаналитическими идеями, с энтузиазмом взялись за создание «психосоматики, рассчитанной на понимание» в рамках традиционной материалистической медицины. В этой области исследователи продвигались в двух разных направлениях.

Сторонники первого подхода занимались изучением специфических психических состояний и конфликтов, которые могут обернуться характерными соматическими расстройствами. Ф.Александр, наиболее видный представитель этой категории исследователей, соотнес бессознательные «характерные психодинамические конфликтные ситуации» с определенными заболеваниями и предпринял в известной степени небезуспешную попытку эмпирического обоснования своей гипотезы. Он впервые обратился к предложенной еще Фрейдом «конверсионной модели», в соответствии с которой при реактивации бессознательного эдипова конфликта происходит смещение психической энергии (либидо) и концентрация этой энергии,

ранее сосредоточенной на психических процессах, в сфере соматических процессов, в результате чего возникает физический симптом, представляющий собой компромисс между ключевым желанием, продиктованным влечениями, и табу, наложенным на это желание.

Вместе с тем Александер указывал на то, что многие соматические симптомы, возникающие на почве конфликтных ситуаций, не имеют никакого психического и исходного символического содержания. В связи с этим другие психоаналитики, в частности Энгель и Шмале, попытались ослабить связь между фрейдовской конверсионной моделью и представлением об умопостигаемом значении соматических симптомов, указывая на то, что при психосоматических расстройствах конверсионное значение имеют время возникновения и локализация симптома, а не сам соматический симптом.

Сторонники иного подхода интересовались прежде всего феноменом психического подобия многих пациентов, страдающих различными психосоматическими заболеваниями.

Й. Рюш представил подробное описание «инфантильности», подразумевающей ограниченные способности к вербальному выражению своих чувств, скудное воображение, характерные симбиотические объектные отношения и демонстративную покорность. По его мнению, именно «инфантильность» представляет собой «ключевую проблему» многих пациентов, страдающих психосоматическими расстройствами. С тех пор его предположение не раз подтверждалось в ходе исследований, а для характеристики состояния подобных индивидов использовались такие определения, как «*penseeoperatoire*» (фр. «Автоматическое мышление») и «алекситимия» (Неспособное выразить чувства словами). Но более знаменательным является то обстоятельство, что сторонники данного подхода к исследованиям установили связь между этой структурой личности и синдромом дефицита, который ощущается в ходе развития.

Если прежде симптом в соответствии с принципами конверсионной модели считался признаком регрессии, то теперь его можно было считать производным незавершенной прогрессии. В ходе развития формируется структура личности, обусловленная дефицитом и не позволяющая индивиду в случае конфликта устранить проблемы на уровне психики. До сих пор остается спорным сформулированный Овербеком вопрос: «Что такое психосоматический симптом – признак психической несостоятельности или генеративная функция эго?»

Тема 9. Работа с тревогой, страхом и психологическими защитами.

Понятие тревоги и страха в психоанализе. Базальная тревога в концепции К. Хорни. Исследования тревоги Г. Салливана. Страх и фобии. Психоаналитическая трактовка фобий. Детские страхи. Психоаналитическая типология детских страхов. Техники работы со страхами и фобиями. Психологическая защита как попытка уменьшения страха. Типология психологических защит, предложенная З. Фрейдом. Зрелые и незрелые защиты. Механизмы психологической защиты у детей (исследования А. Фрейд). Современные понятия и типология психологических защит. Способы диагностики актуальной психологической защиты. Принципы, приемы и техники работы с психологическими защитами.

Тревога – аффект или эмоциональное состояние, характеризующееся неприятным чувством ожидания или ощущением надвигающейся угрозы. Общими для всех тревожных состояний являются учащенное сердцебиение и дыхание, тремор, потливость, диарея и мышечное напряжение. Психологически тревога воспринимается как всеохватывающее переживание бессилия перед лицом нависающей угрозы, диффузной и неизвестной. Чувство тревоги может сопровождаться или подменяться телесными ощущениями. Тревога, отражая бессознательную опасность, отличается от страха, являющегося ответной реакцией на осознаваемую и реальную внешнюю опасность.

Базальная тревога – термин К. Хорни, обозначающий переживание ребенком чувства беспомощности и изоляции. Считается, что оно возникает в результате утраты чувства безопасности. Основными компонентами структуры личности признаются стратегии, которые вырабатывает индивид для того, чтобы преодолеть базальную тревогу.

В психоанализе З. Фрейда страх подразделяется на два вида: аффективное состояние ожидания опасности и страх перед каким-нибудь объектом. В отличие от Фрейда Фромм считал,

что источником страха (как разновидности состояния), являются социальные обстоятельства. Здесь в качестве импульса выступает *Сверх-Я (Идеал-Я)*.

Разумеется, ранний психоанализ различал рациональный страх (страх перед какой-то опасностью) и иррациональный страх, являющийся следствием нереализованных жизненных стремлений и проявляющийся как способ функционирования супер-эго.

Фрейд рассматривал проблему страха в «Лекциях по ведению в психоанализ» (1915). Он проводит различие между невротическим и реальным страхом. Для этого Фрейд вводит понятие опасности. Оказывается, страх имеет отношение не только к неврозу, но и к опасности. Однако почему далеко не все реакции страха невротичны? Как вообще провести различие страха реального и невротического?

Реальный страх можно считать чем-то рациональным и понятным. Он оказывается откликом на внешнюю опасность, которая нам хорошо известна. Поэтому такой страх демонстрирует действие инстинкта самосохранения. Но всегда ли реальный страх разумен? Ведь для этого нужно вести себя целесообразно перед лицом угрозы. Но что тут может помочь оценить ситуацию? Наверное, оценка наших собственных возможностей, нашей силы перед опасностью. Не исключена также и беспомощность, которую приходится признать, испытывая страх перед нападением.

Реально оценивая опасность, можно принять решение. Это может быть защита, бегство и даже нападение как ответ на угрозу. Однако если страх пределен, то он не годится для самосохранения, поскольку может парализовать любое действие, в том числе и бегство. Стало быть, целесообразная реакция на опасность соединяет аффект страха и защитного действия. Подвергать себя страху нецелесообразно и пагубно.

Теперь о невротическом страхе. Его причина вовсе неизвестна. Поиск ее приводит к ощущению опасности, исходящей от влечения. Фрейд показывает, что понятие страха многозначно. Он отличает страх от боязни, испуга. Боязнь опять-таки всегда связана с конкретным объектом. Испуг указывает на опасность. Страх же – это чисто субъективное состояние, которое возникает как раз в результате развития страха. Это состояние отмечено особой эффективностью.

Страх – это, стало быть, специфическое аффективное состояние. Ядром же всякого аффекта оказывается повторение какого-то определенного значительного переживания, которое могло быть очень ранним впечатлением. Оно способно также относиться даже к доисторическому периоду не самого индивида, а всего человеческого вида. Выходит, с психоаналитической точки зрения, аффективное состояние сходно с истерическим припадком, который кристаллизует «осадок воспоминаний».

Фрейд пытается также классифицировать невротический страх. Он выделяет две его формы: невроз страха, который он относит к актуальным неврозам, и фобии, связанные с истерией страха. Невроз страха можно характеризовать как свободный беспредметный страх, который Фрейд называет страхом ожидания. Такие люди склонны искать различные несчастья. С другой стороны, страх тоже ищет их. Когда он находит свой объект, то превращается в боязнь.

Фобии всегда сопряжены с конкретными объектами и ситуациями. Можно выделить ситуативные фобии (боязнь высоты, закрытого пространства и т.п.). В них поражает не столько их содержание, сколько интенсивность. Фрейд пишет: «Страх фобий чрезмерен». Он анализирует также фобии, связанные с животными. Здесь явно нет связи между страхом и опасностью.

Разумеется, Фрейд усматривает связь между либидо и страхом. Накопление либидо, по его мнению, не находящего естественного использования, рождает соматические процессы. Итак, если нормальный страх – это реакция на опасность, то невротический страх можно квалифицировать как ненормальное обнаружение либидо. Значит, можно в конечном счете выявить связь между реальным и невротическим страхом через понятие опасности. Развитие страха при неврозе оказывается результатом реакции Я на требование своего либидо. Эту внутреннюю опасность Я воспринимает как внешнюю и совершает попытку бегства от своего либидо. Таким именно способом Я прибегает к симптому (например, бегству в болезнь), который сковывает страх.

Защитный механизм (психологическая защита) – понятие глубинной психологии, обозначающее неосознаваемый психический процесс, направленный на минимизацию отрицательных переживаний. Защитные механизмы лежат в основе процессов сопротивления.

Первичные защитные механизмы

Всемогущий контроль – восприятие себя как причины всего, что происходит в мире.

Диссоциация – отделение себя от своих неприятных переживаний.

Интроекция, в частности идентификация с агрессором – бессознательное включение в свой внутренний мир воспринимаемых извне взглядов, мотивов, установок и пр. других людей.

Отрицание – полный отказ от осознания неприятной информации.

Примитивная идеализация – восприятие другого человека как идеального и всемогущего.

Примитивная изоляция, в частности защитное фантазирование – уход от реальности в другое психическое состояние.

Проективная идентификация – когда человек навязывает кому-либо роль, основанную на своей проекции.

Проекция – ошибочное восприятие своих внутренних процессов как происходящих извне.

Расщепление Эго – представление о ком-либо как о только хорошем или только плохом, с восприятием присущих ему качеств, не вписывающихся в такую оценку, как чего-то совершенно отдельного.

Соматизация или конверсия – тенденция переживать соматический дистресс в ответ на психологический стресс и искать в связи с такими соматическими проблемами медицинской помощи.

Вторичные защитные механизмы

Аннулирование или Возмещение – бессознательная попытка «отменить» эффект негативного события путём создания некоего позитивного события.

Вытеснение, Подавление или Репрессия – активное, мотивированное устранение чего-либо из сознания.

Вымещение, Замещение или Смещение – бессознательная переориентация импульса или чувства с первоначального объекта на другой.

Игнорирование или Избегание – контроль и ограничение информации об источнике пугающего психологического воздействия либо искажённое восприятие подобного воздействия, его наличия или характера.

Идентификация – отождествление себя с другим человеком или группой людей.

Изоляция аффекта – удаление эмоциональной составляющей происходящего из сознания.

Интеллектуализация – неосознанное стремление контролировать эмоции и импульсы на основе рациональной интерпретации ситуации.

Компенсация или Гиперкомпенсация – прикрытие собственных слабостей за счёт подчеркивания сильных сторон или преодоление фрустрации в одной сфере сверхудовлетворением в других сферах.

Морализация – поиск способа убедить себя в моральной необходимости происходящего.

Отыгрывание, Отреагирование вовне или Разрядка – снятие эмоционального напряжения за счёт проигрывания ситуаций, приведших к негативному эмоциональному переживанию.

Поворот против себя или Аутоагрессия – перенаправление негативного аффекта по отношению к внешнему объекту на самого себя.

Раздельное мышление – совмещение взаимоисключающих установок за счёт того, что противоречие между ними не осознаётся.

Рационализация – объяснение самому себе своего поведения таким образом, чтобы оно казалось обоснованным и хорошо контролируемым.

Реактивное образование – защита от запретных импульсов с помощью выражения в поведении и мыслях противоположных побуждений.

Реверсия – проигрывание жизненного сценария с переменной в нём мест объекта и субъекта.

Регрессия – возврат к ребячливым, детским моделям поведения.

Сексуализация или Инстинктуализация – превращение чего-то негативного в позитивное за счёт приписывания ему сексуальной составляющей.

Сублимация – перенаправление импульсов в социально приемлемую деятельность.

Тема 10. Работа с внутриличностными конфликтами.

Понятие внутриличностного конфликта. Психоаналитическая трактовка внутриличностных конфликтов. Противостояние «Оно» и «Сверх-Я» как непреодолимый конфликт в концепции З. Фрейда. Столкновение потребностей и возможностей ребенка в теории компенсации А. Адлера. Представления о внутриличностном конфликте в теории К. Хорни. Типология конфликтов. Игнорирование конфликтов и способы достижения искусственной гармонии. Следствия неразрешенных конфликтов: страх, обнищание личности и др. Представления о внутриличностных конфликтах в современном психоанализе. Методы диагностики внутриличностных конфликтов. Принципы, методы и техники разрешения внутриличностных конфликтов.

Внутриличностный конфликт один из самых сложных психологических конфликтов, который разыгрывается во внутреннем мире человека. Трудно представить человека, который бы ни разу в жизни не переживал внутриличностного конфликта. Более того, с такими конфликтами в своей жизни человеку приходится сталкиваться постоянно. Конструктивный внутриличностный конфликт является неотъемлемым элементом развития его психики. Деструктивный внутриличностный конфликт приводит к достаточно серьезным последствиям, от тяжелых переживаний вызывающих стрессы, до крайней формы его разрешения – суицида.

Проблема внутриличностного конфликта наиболее активно разрабатывалась и разрабатывается в западной психологии. Начало его научному обоснованию было положено в конце XIX века и связано с именем основателя психоаналитического направления в психологии Зигмунда Фрейда.

Особенности подходов к рассмотрению внутриличностных конфликтов определяются особенностью понимания сущности личности, сложившейся в различных психологических школах. Исходя из этого можно выделить ряд основных направлений рассмотрения внутриличностного конфликта.

З. Фрейд обосновывал биопсихологический, биосоциальный характер внутриличностного конфликта. Психика человека противоречива по своей сути. Ее функционирование связано с постоянным напряжением и преодолением противоречия между биологическими влечениями и желаниями человека и социально-культурными нормами, между бессознательным и сознанием. В этом противоречии и постоянном противоборстве по Зигмунду Фрейду и заключается суть внутриличностного конфликта. Свое дальнейшее развитие эта теория получила в работе его последователей: Карла Юнга – регресс на более низкий уровень психики, Карен Хорни – столкновение стремлений к удовлетворению и к безопасности, противоречие «невротических потребностей» и др.

Внутриличностный конфликт по Фрейду:

- Биологические влечения и желания (Бессознательное);
- Социально-культурные нормы (Сознательное).

Достаточно оригинальную теорию внутриличностно конфликта, получившую название «теория поля», выдвинул немецкий психолог Курт Левин. Согласно этой теории, внутренний мир личности оказывается одновременно под воздействием противоположно направленных сил. И субъект должен сделать выбор в пользу одной из них. Эти силы могут быть как обе отрицательными, так и положительными, или одна из них положительной, а другая отрицательной.

Основными условиями возникновения конфликта, по мнению К. Левина, является примерное равенство и значимость этих сил для личности.

Согласно теории личности «Я-концепция» Карла Роджерса возникновение внутриличностного конфликта обусловлено несовпадением представления личности о себе («Я-

концепции») с представлением об идеальном «Я». По его мнению, это рассогласование может привести к серьезным психическим расстройствам, вплоть до психических заболеваний.

Достаточно популярна теория внутриличностного конфликта, разработанная Абрахамом Маслоу. Так как, по его мнению, мотивационную структуру личности образует соответствующая иерархия потребностей (5-уровневая пирамида потребностей), и высшей из них является потребность в самореализации, основная причина возникновения внутриличностного конфликта кроется в разрыве у большинства людей между стремлением к самоактуализации и реально достигнутым результатом.

В современных условиях определенной популярностью пользуется теория внутриличностного конфликта, разработанная австрийским психологом и психиатром Виктором Франклом, создателем нового научного направления логотерапии - науки о «смысле человеческого существования и поиске этого смысла». По его мнению, внутриличностный конфликт – результат расстройства «духовного ядра» личности, вызванного духовным, творческим вакуумом, потерей смысла жизни. Внутриличностный конфликт проявляется в ноогенных (нусогенных) неврозах, которые проявляются в апатии, скуке, депрессии.

Согласно теории личности Альфреда Адлера, «комплекс неполноценности», возникающий в детстве под влиянием неблагоприятных социальных факторов, впоследствии выступает основанием для формирования внутриличностного конфликта.

Адлер обосновал не только механизм возникновения внутриличностного конфликта, но и основные способы его разрешения (компенсации «комплекса неполноценности»).

1) Развитие «социального чувства», социального интереса (интересная работа, нормальные межличностные отношения, дружба, любовь, хобби и т.п.) в противовес «неразвитому социальному чувству» (преступность, алкоголизм, наркомания и т.п.).

2) «Стимуляция собственных способностей», достижение превосходства над другими, которое может иметь три формы проявления:

а) адекватная компенсация, когда происходит совпадение превосходства с содержанием социальных интересов (спорт, музыка, профессионализм, творчество и т.п.);

б) сверхкомпенсация, когда происходит гипертрофированное развитие одной из способностей, имеющей ярко выраженный эгоистический характер (накопительство, ловкачество и т.п.);

в) мнимая компенсация, когда комплекс неполноценности компенсируется болезнью, сложившимися обстоятельствами или другими факторами, не зависящим от самой личности.

В объяснении внутриличностного конфликта Эрих Фромм выдвинул концепцию «экзистенциальной дихотомии». В соответствии с ней причины внутриличностного конфликта заключены в дихотомичной природе самого человека. А она проявляется в экзистенциальных проблемах: проблеме жизни и смерти; ограниченности человеческой жизни; проблеме потенциальных возможностей человека и ограниченности условий их реализации и др. Более конкретно Э. Фромм реализует ее в теории биофилии (любовь к жизни) и некрофилии (любовь к смерти).

Э. Эриксон, выдвинув и обосновав идею стадий психосоциального развития личности, пришел к выводу, что на каждом возрастном этапе происходит либо благоприятное преодоление кризисной ситуации, либо неблагоприятное. В первом случае происходит позитивное развитие личности, ее уверенный переход на следующий жизненный этап с хорошими предпосылками для его успешного преодоления. Во втором случае личность переходит в новый этап своей жизни с проблемами (комплексами) прошлого этапа. Но так как пройти все стадии только успешно практически невозможно, у каждого человека создаются предпосылки для возникновения внутриличностного конфликта. Э. Эриксон связывает его конфликт с кризисами психосоциального развития.

Внутриличностный конфликт по Э. Эриксону:

1. Доверие-Недоверие (0-1 год);
2. Автономия-Стыд (1-3 года);
3. Инициатива-Чувство вины (3-6 лет);

4. Трудолюбие-Неполноценность (6-12 лет);
5. «Я» идентичность-Смешение ролей (12-19 лет);
6. Близость-Изоляция (20-25 лет);
7. творчество-Застой (26-64 года);
8. Интеграция-Отчаяние (65 лет – Смерть).

Разрешение (или преодоление) внутриличностного конфликта – это снятие внутреннего напряжения личности, преодоление противоречий между различными элементами ее внутренней структуры и достижение состояния внутреннего равновесия, стабильности и гармонии.

Разрешение конфликта носит позитивный характер и приводит к развитию личности, к ее самосовершенствованию.

Прежде всего следует отметить, что всякий внутриличностный конфликт всегда индивидуален, носит личностный характер. Поэтому его разрешение зависит от таких факторов личности, как возраст, пол, характер, темперамент, социальное положение, ценности и др. Это обуславливает то, что универсальных способов разрешения внутриличностных конфликтов, одинаково подходящих для всех людей и ситуаций, не существует. Способы разрешения внутреннего конфликта, подходящие для мужчин, могут быть не всегда пригодны для женщин и т.д.

Тема 11. Работа с травмой.

Понятие травмы в психоанализе. Базовые травмы. Психотравма как следствие разлучения матери и младенца. Представления о психологической травме З. Фрейда (работа «Печаль и меланхолия»). Специфика детских психологических травм. Проявления детских психологических травм в психике и поведении взрослого человека. Психологические травмы зрелости. Следствия психотравмы. Травма как следствие утраты. Горевание как процесс переживания утраты. Методы диагностики психической травмы. Принципы, методы и техники работы с психотравмой.

Психическая травма – дезинтеграция или срыв, возникающий в том случае, когда психический аппарат внезапно подвергается воздействию внешних или внутренних стимулов, которые слишком сильны, чтобы справиться с ними обычным способом. При психической травме разрушается так называемый предохранительный «щит», а Я утрачивает свои посреднические функции и становится беззащитным. Возникает состояние беспомощности, варьирующее от общей апатии и ухода в себя до эмоциональной «бури», сопровождающейся дезорганизацией поведения.

Понятие травмы является неотъемлемой частью ранней теории неврозов Фрейда. В конечном счете он предложил такую формулу для описания развития невроза – ранняя травма – защита – латентность – наступление невротического заболевания – частичное возвращение вытесненного.

В процессе развития психические травмы неизбежны. Некоторые из них могут быть настолько значимыми, что их влияние сказывается на общих свойствах чувствительности индивида ко всем последующим травматическим воздействиям. При этом конституциональные факторы наряду с фиксацией и регрессией в развитии Я и Сверх-Я, основой которых являются проблемы в ранних отношениях со значимыми объектами, обуславливают уязвимость Я. Подобное неблагоприятное влияние оказывают и аккумулирующиеся «легкие» травмы детского возраста, могущие существенно изменить структуру развития и адаптивных способностей индивида. Корреляция травматических воздействий с проявлениями либидинозной фазы, на которую приходится травма, определяет степень риска возникновения болезненного состояния и типологию его проявлений. Успех излечения психической травмы зависит от многих факторов, таких, как внутренняя и внешняя ситуации, возраст, в котором была получена травма, реакция индивида на событие (а не столько само событие), архаические патологические попытки справиться с ним, самооценка и поддержка со стороны объектов.

Последствия травмы могут нивелироваться или выразиться в виде затяжного травматического невроза. Травматический невроз возникает, как правило, после катастроф, аварий, стихийных бедствий, насилия, то есть в тех случаях, когда травматические воздействия выходят за рамки привычных переживаний и ставят человека перед лицом смерти и представляет

собой вызванное стрессом расстройство тревожного типа, часто очень тяжелое. Симптоматика травматического невроза включает переживания постоянного воспроизведения травматической ситуации (в снах, фантазиях, представлениях), замедление ответных реакций на различные стимулы, ограничение контактов с внешним миром, а также целый ряд дисфорических расстройств, поведенческих и когнитивных нарушений. По мнению английского психоаналитика Ч.Райкрофта, «травматические неврозы или спонтанно излечиваются, или становятся хроническими, или переходят в психоневрозы.» В современной DSM-IV травматические неврозы рассматриваются как посттравматические стрессовые расстройства.

Психосоматическая психотерапия рассматривает символическое значение конверсионных симптомов, локализованных в теле следующим образом:

- обида, которую человек не смог «проглотить», локализуется в области глотания в виде заболеваний горла, щитовидной железы, а обида, которую человек не смог «переварить» – в области желудочно–кишечного тракта;

- «травма разбитого сердца» или ситуация, принятая близко к сердцу, имеет локализацию в сердце;

- чувство вины вызывает тошноту, рвоту, спазмы сосудов, а сексуальная вина – частые мочеиспускания, энурез, цистит;

- «невыплаканные» слезы и подавленный плач вызывают расстройство кишечника и ринит (слезы находят другой путь выхода);

- бессильная ярость и пассивная раздражительность от жизненной ситуации, отсутствие поддержки и опоры – нарушения опорно-двигательного аппарата;

- травмы унижения и удары по самолюбию – проблемы с сосудами, головные боли, гипертонию;

- довербальные травмы – нарушения речи.

З. Фрейд указывал, что, несмотря на то, что соматизация способствует разрядке возникшего психического напряжения, в психике формируется специфическое «ментальное ядро» или «пункт переключения», ассоциативно связанный со всей «атрибутикой» полученной психической травмы. И это «ментальное ядро» будет активизироваться всякий раз, когда ситуация будет напоминать травматические переживания, одновременно запуская патологические механизмы реагирования. З. Фрейд называет этот процесс феноменом «навязчивого повторения». Таким образом, психическая травма имеет очень «хорошую память», а ее жертвы страдают преимущественно от воспоминаний и патологических паттернов реагирования, реализуемых бессознательно. З. Фрейд отмечал, что его пациенты не только находятся в плену болезненных переживаний далекого прошлого, но и отчаянно цепляются за них, потому что они обладают некой особой ценностью, происходит фиксация на травме, которая может длиться всю жизнь

Также следует заметить, что случаи сексуального злоупотребления со стороны взрослых настолько ранят детскую психику, что они оказываются не в состоянии перенести эти ужасные и пугающие переживания, которые в результате вытесняются в бессознательное, а затем предъявляются в виде психопатологии. При этом дело обстоит не только и не столько в самой психической травме, полученной в раннем детстве, сколько в патогенных воспоминаниях о ней, остающихся бессознательными, но вызывающих сексуальное возбуждение в период полового созревания и в более позднем возрасте. Одновременно З. Фрейд считал, что не надо ожидать наличия одного травмирующего воспоминания и, в качестве его ядра – единственного патогенного представления, а надо быть готовым к наличию нескольких рядов парциальных травм и сцеплений патогенных ходов мыслей. В процессе психоанализа восстановить историческую правду, т.е. историю, как она есть, во многих случаях просто невозможно. Так, мы никогда не узнаем, какими на самом деле были родители пациента и как они на самом деле обращались с ним. Так что, говоря о реконструкции, мы имеем в виду восстановление какой-то другой правды, а именно – психологической. Если говорить о реконструкции ранней травмы, то здесь аналитик должен представить себе, сконструировать или реконструировать ощущения, чувства, фантазии и мысли пациента, имевшие место при травматическом событии, а затем предложить пациенту эту реконструкцию.

Предполагается, что тот сможет воспользоваться этой конструкцией для исцеления своей травмы, т.е. для заполнения той самой «дыры» в своей психической структуре, в структуре Эго, как своего рода пломбировочным материалом. Получается, что собственная нарративная правда пациента, т.е. его собственная версия травматического события должна быть заменена на реконструированную. Ведь достаточно редко бывает так, что пациент совсем ничего не знает и не может сообщить о своем травматическом опыте – диссоциация или массивное вытеснение все же оставляют хоть какие-то следы в сознании, на основе которых пациент сообщает, что некая (скорей всего, психотравмирующая) ситуация имела место: например, в возрасте 12 месяцев родители отправили его в другой город к бабушке, где он жил до школы; или в два года его положили на два месяца в больницу, кажется, в связи с астмой. Как правило, на тему такого события в семье существует более или менее развернутый нарратив, чаще всего, некритически воспринятый пациентом, который выполняет сразу несколько важных функций как в рамках семьи, так и в пределах психической структуры пациента.

Тема 12. Групповой психоанализ.

Понятие и история возникновения группового психоанализа. Техника группового психоанализа. Особенности терапевтических отношений при работе в группе. Методы диагностики и организации взаимодействия при групповом психоанализе. Групповая работа со страхами, фобиями, неразрешенными конфликтами, психотравмами. Показания и противопоказания для группового психоанализа. Преимущества и недостатки групповой формы психоаналитической работы.

Групповой психоанализ – одновременное лечение группы людей, основанное на использовании психоаналитических (см. психоанализ) идей и методов, направленных на избавление пациентов от психических травм и конфликтов. Систематическое использование Г. п. началось на рубеже и в течение 20-х гг. XX века (А. Адлер, Т. Барроу, Р. Дрейкурс, З. Лазелл, Дж. Морено, К. Оберндорф, Л. Уэндер, П. Шильдер и мн. др.). Получивший значительное распространение и популярность термин «групповой анализ» (в значении – групповой психоанализ) ввел в оборот в 1925 г. Т. Барроу. В настоящее время применяются три вида Г. п.:

- 1) психоаналитическая групповая терапия, использующая приемы классического психоанализа;
- 2) групповая аналитическая терапия, уделяющая особое внимание соотношению всего происходящего в группе с состоянием составляющих ее индивидов;
- 3) групповая терапия взаимодействия, фокусирующая внимание на анализе взаимодействия между пациентами в целях оказания на них соответствующего влияния, в т. ч. посредством специальных игр.

Сам метод группанализа берет свое начало в нескольких источниках – психоаналитической теории Зигмунда Фрейда, гештальт-психологии (Курт Гольдштейн), теории поля Курта Левина, а также социальной психологии и социологии (традиция франкфуртской школы, после 1933 года – британской ее ветви – Карл Маннхайм, Норберт Элиас. Принадлежит к широкому классу психодинамических методов понимания процессов в группе, этот метод оставляет довольно сдержанную роль ведущему, позволяя развернуться бессознательным процессам, свойственным индивидам и группе как целому.

Основоположителем метода признан Зигмунд Хайнрих Фукс, известный в период его жизни в Великобритании как Михаэль Фукс. Именно ему, вместе с его соавтором, Джеймсом Энтони, принадлежит первая монография о групповом анализе как психотерапевтическом методе. В последующем из-под его пера вышло еще несколько монографий, касающихся теории и практики группового анализа

Принципиальной характеристикой фуксианского группового анализа является центральное понятие о матрице группы – сети множественных связей между участниками, ведущим (названным Фуксом кондуктором), и группой как целым. Фукс дал такое определение групповому анализу: это терапия группой группы, включая ведущего. Фукс описал множество объективных

феноменов, возникающих при работе группы, и показал, как эти феномены усваиваются психическим аппаратом каждого из участников, восполняя недостающие структуры и функции.

Вторым столпом метода группового анализа является Уилфред Бион – британский психоаналитик, который развил свой подход к пониманию процессов в группе. Основой его подхода стало понятие о типичных процессах в группе, участники которой охвачены аннигиляционной тревогой, – так называемых базовых допущениях: зависимости, борьбы или бегства с поиском козла отпущения, формирования пар и поиска мессии. Биона занимала группа как целое и то, как индивид способен противостоять группе и феноменам в ней. Этот процесс он назвал научением через переживание (опыт) – *Learning from experience*. Бионийский подход лег в основу применения группового анализа для понимания институциональных процессов и организационного консультирования.

Одним из источников возникновения группового анализа явились новаторские попытки американского психоаналитика Триганта Барроу (*Trigant Barrow*), который в начале XX века пытался исследовать возможности психоанализа индивидов, собранных в группу. Свое исследование он назвал «Лаборатория А» и впервые использовал термин групповой анализ.

Основной идеей Фоулкса в отношении психической динамики в терапевтической группе, было то, что участники формируют переносы не только на ведущего группы, но и друг на друга, и что как в отношении друг друга, так и в отношении терапевта они развивают свои специфические способы поведения. Так, в групповой ситуации возникает особая сетевая система сознательных и бессознательных отношений, в которых принимают участие все, в том числе и ведущий группы. Фоулкс расширяет терапевтическую функцию ведущего на всю группу и, соответственно, подчеркивает значение интерпретаций членов группы. Он понимает групповой анализ как «психоанализ посредством группы». С его точки зрения, группа развивает специфическую для нее культуру толкования, а сообщения членов группы понимаются как ассоциации, реакции и ответы на предшествовавшее групповое событие. Подобные интеракции, происходящие в группе, Фоулкс относит к важнейшим терапевтическим факторам. При этом огромную роль играет идентификация членов группы между собой.

Бион описывает следующие динамические и повсеместно встречающиеся в группах базисные установки: 1) зависимость; 2) борьба-бегство; 3) образование пар. Наряду с этими основополагающими установками, Бион описывает существующий на уровне группы феномен валентности, то есть способность отдельного участника спонтанно присоединяться на бессознательном уровне к какой-либо общей фантазии. В соответствии с представлением этой модели, в начале каждого заседания группы в процессе зондирования развивается общая бессознательная фантазия. Беседа затрагивает различные темы, но продолжена будет лишь та, которая может подходить к бессознательным фантазиям многих участников. Согласно Биону, валентность обозначает «спонтанную бессознательную функцию стадных качеств человеческой личности».

Исходя из общих положений своей концепции группы, Бион уделяет мало внимания внутриспсихическим процессам, вместо этого группа рассматривается, как если бы она была одним индивидуумом. «При лечении одного пациента невроз проявляется как проблема отдельного лица. При лечении группы он должен быть выявлен как проблема группы». В основание понимания групповых процессов Бион поместил психоаналитическую теорию Мелани Кляйн, которая в то время еще не была существенно расширена психологией объектных отношений и теорией интеракции.

Сам ведущий группы выступает в роли адвоката реальности. Бион уделял особое внимание доэдиповым процессам в группе; однако он четко показал, что эти процессы следует рассматривать не только как регрессивные феномены, но и в качестве сопротивления. Интерпретации группового терапевта должны учитывать оба аспекта и быть нацелены на то, чтобы сделать группу работоспособной, то есть установить контакт между бессознательными базисными установками и сознательными рабочими целями.

Можно сказать, что действующие факторы группового анализа характеризуются циркулярным процессом внутриспсихической и межличностной динамики на горизонтальном и

вертикальном уровнях. На горизонтальном уровне действуют – первоначальная травматизация посредством аналитического группового сеттинга; вызванная ею регрессия; последующая реанимация ранних инфантильных способов переживания, форм защиты и образцов интеракций; специфические групповые интроективные и проективные идентификации, а также реакции переноса и принятия ролей; общие бессознательные фантазии; спонтанные отказы от ролей; проверка реальности; интернализация новых объектов и зрелых идентификаций; а также корригирующий эмоциональный опыт

Вертикальный уровень определяется реальной функцией группового аналитика как гаранта существования групповой аналитической ситуации, ее концептуальных и технических рамок, а также ее функции поддержки; ее функции объекта переноса и селф-объекта для каждого отдельного участника и для группы в целом. Также аналитик выступает как хранитель рамок потенциального переходного пространства, бессознательной динамики переноса и контрпереноса, которая обнаруживает себя, с одной стороны, в общих фантазиях группы, а с другой – в реакциях контрпереноса ведущего группы и, как следствие, в идентификациях группы с аналитиком.

Тема 13. Психоанализ в работе с детьми и подростками.

История возникновения детского психоанализа. Работы А. Фрейд и М. Кляйн. Условия успешности детского психоанализа: адаптация психоаналитической техники относительно возраста ребёнка; терапевтический союз с ребёнком и обязательно с его родителями; обмен сведениями между психоаналитиком и родителями ребёнка. Принципы детского психоанализа. Игра как способ общения терапевта и ребенка. Техники детского психоанализа. Возможности и ограничения детского психоанализа. Использование психоанализа в работе с подростками. Современные тенденции в развитии детского психоанализа.

Психоанализ – это метод лечения психических расстройств у детей путем выяснения взаимодействия сознательных и бессознательных элементов психики и перевода подавленных чувств и конфликтов в сознание. Психоанализ невозможно описать, не прибегая к понятиям внутреннего и внешнего мира, переноса и контрпереноса, к понятию психологических защит и контейнирования. Именно эти понятия очерчивают специфику психоаналитической работы. Психоанализ и психоаналитическая психотерапия не нацелены на решение конкретных проблем, предъявляемых пациентом, или на работу с симптомом, в отличие, скажем, от бихевиоральной или когнитивной психотерапии. Целью психоаналитической работы с детьми является восстановление нормального хода эмоционального развития. Часто для восстановления нормального хода развития ребенка оказывается достаточным применение к проблеме системного подхода, направленного на изменения в семейной системе. Однако нередки случаи, когда даже после успешной работы и восстановления оптимальных границ и иерархии в семье, ребенок, тем не менее, не может перейти к более конструктивному и зрелому отношению к себе и к окружающему миру. Тогда-то терапевтическим показанием и может стать психоанализ, который позволит ребенку вместе с психотерапевтом исследовать свои переживания по отношению к себе и к миру, выявить происхождение таких отношений и подойти к возможности их изменения.

Разумеется, и взрослый, и детский психоанализ имеют много общего. Цели терапии одинаковы и для взрослых, и для детей. Способы достижения изменений также сопоставимы. Однако важно помнить, что ребенок есть личность незрелая, находящаяся в процессе постоянного развития. Психоаналитик, работающий с детьми, всегда должен учитывать этот процесс развития и роста. Знание теории психоанализа позволяет понять особенности личности ребенка, выделить прогрессивные и регрессивные характеристики в его поведении и отношениях. Более того, детский психоаналитик знает, что, хотя поступательное развитие всегда есть успех для ребенка, движение вперед неизбежно влечет за собой потери. Так, ребенок, который научился ходить, сделал огромный шаг вперед к обретению независимости, однако при этом он вынужден отказаться от уютной зависимости беспомощного младенца, когда за ним любовно ухаживала мать, выполняя его желания. Достижения развития обязательно содержат утраты комфортных состояний, ставших привычными на предыдущей фазе развития. Поэтому одной из составляющих нормального развития является возникновение у ребенка в периоды стресса регрессивных

тенденций, то есть возвращения к поведению и реакциям, характерным для более ранних стадий развития.

Дети и подростки, направляемые на психоанализ, имеют проблемы различной тяжести и различного содержания. Конкретная история развития будет различаться у каждого ребенка. Однако всех их объединяет тот факт, что внутренний эмоциональный ландшафт нарушен. Чтобы разобраться в существующих нарушениях, детский психоаналитик обращает внимание, в первую очередь, на следующие параметры развития ребенка.

1. Сердцевиной эмоционального развития ребенка являются взаимоотношения ребенка с окружающими людьми и его отношение к самому себе. Качество отношений с другими строится на основе сознательных, бессознательных сил и опыта, который ребенок получил в ходе своего развития. Следовательно, в большой степени эмоциональное развитие будет зависеть от жизненного опыта. Однако картина во многом оформляется и внутренними представлениями ребенка о взаимоотношениях и о себе.

2. Другим важным показателем эмоционального благополучия или неблагополучия является способность регулировать свои внутренние импульсы и чувства и справляться с ними. Эта способность формируется на основе постоянного присутствия взрослого, последовательного в своей заботе и настроенного на эмоциональные потребности ребенка.

3. В процессе развития ребенка формируется еще одна важная способность – способность выстраивать психологические защиты против боли, тревог и неприемлемых желаний. Эти психические механизмы являются частью нормального развития, и каждый человек их использует. Однако иногда интенсивность отдельных защитных механизмов может достигать такой выраженности, что у ребенка появятся определенные социальные ограничения. Например, ребенок может настолько глубоко погрузиться в мир фантазий, что окажется не в состоянии справиться с повседневной интенсивной учебной нагрузкой или поддерживать контакты со сверстниками.

4. Когда мы думаем о способностях ребенка адаптироваться к меняющимся требованиям и условиям реальности, мы не можем не учитывать развития Эго ребенка. Способности Эго – это целый спектр когнитивных способностей, помогающих ребенку ориентироваться в мире реальности, таких как способность обдумывать, размышлять, общаться с помощью речи. Кроме того, с помощью защитных механизмов Эго ребенок развивает способы регулировать свой внутренний мир. Дети с низким уровнем развития способностей Эго часто неуспешны в школе, хотя учителя признают их несомненный интеллектуальный потенциал. Например, учителям хорошо знаком тип классного клоуна, ребенка, который паясничает, особенно когда испытывает трудности в деятельности. Причины отставания в Эго-развитии могут быть различны, однако часто они связаны с ранним развитием ребенка, которое не обеспечило необходимых условий для полноценного развития Эго.

Итак, размышления о развитии ребенка должны принимать во внимание множество разных аспектов. Чем большее количество областей развития ребенка имеет проблемы, тем больше необходимость в интенсивной психоаналитической работе.

В результате успешной психоаналитической терапии ребенок сможет выносить болезненные стороны своего опыта, а не заслоняться от них, выражая невысказанную боль в симптомах. В процессе терапевтических взаимоотношений ребенок сможет интернализировать способности к принятию, рефлексии и пониманию себя. Вследствие создания новых объектных отношений с психоаналитиком сформируется и новое отношение к самому себе. Каковы же составляющие психоаналитической работы с ребенком?

В самом центре психотерапевтического контакта – необходимость защищать конфиденциальность ребенка-клиента. В работе с взрослыми пациентами конфиденциальность достижима легче, поскольку контакт терапевта с другими людьми из окружения пациента минимален. В работе же с детьми терапевту приходится регулярно поддерживать контакт со значимыми для ребенка взрослыми. Сложность терапевтической работы с детьми заключается в том, что необходимо найти баланс между необходимостью соблюдать конфиденциальность ребенка и в то же время полноценно общаться с его родителями и семьей.

2. МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ (УКАЗАНИЯ) К ПРАКТИЧЕСКИМ ЗАНЯТИЯМ

Основная цель проведения практического занятия заключается в закреплении знаний, полученных в ходе прослушивания лекционного материала.

Практические занятия проводятся в форме заслушивания докладов и обсуждения материала. Обсуждение направлено на лучшее усвоение изученного материала, освоение научных основ, эффективных методов и приемов решения конкретных практических задач, на развитие способностей к творческому использованию получаемых знаний и навыков.

Практическое занятие по данной дисциплине проводится также в форме устного опроса студентов по плану практических занятий, предполагающего проверку знаний усвоенного лекционного материала.

В ходе подготовки к практическому занятию студенту следует просмотреть материалы лекции, а затем начать изучение учебной литературы. Следует знать, что освещение того или иного вопроса в литературе часто является неполным, ориентированным в большей степени на одни разделы дисциплины, и в меньшей – на другие. Поэтому не следует ограничиваться одним учебником, научной статьей или монографией, а рассмотреть, как можно больше материала по интересующей теме, представленного в системе ЭБС.

Студенту рекомендуется следующая схема подготовки к практическому занятию:

1. Проработать конспект лекций;
2. Прочитать основную и дополнительную литературу, рекомендованную по изучаемому разделу;
3. Ответить на вопросы плана практического занятия;
4. Выполнить домашнее задание;
5. При затруднениях сформулировать вопросы к преподавателю.

При подготовке к практическим занятиям следует руководствоваться указаниями и рекомендациями преподавателя, использовать основную литературу из представленного им списка. Для наиболее глубокого освоения дисциплины рекомендуется изучать литературу, обозначенную как «дополнительная» в представленном в рабочей программе дисциплины списке.

При подготовке доклада на практическое занятие желательно заранее обсудить с преподавателем перечень используемой литературы, за день до практического занятия предупредить о необходимых для предоставления материала технических средствах, напечатанный текст доклада предоставить преподавателю.

Если при изучении отдельных вопросов возникнут трудности, студент может обратиться к преподавателю за консультацией (устной или письменной).

Таим образом, значительную роль в изучении предмета выполняют практические занятия, которые призваны, прежде всего, закреплять теоретические знания, полученные в ходе прослушивания и запоминания лекционного материала, ознакомления с учебной и научной литературой, а также выполнения самостоятельных заданий. Тем самым практические занятия способствуют получению наиболее качественных знаний, помогают приобрести навыки самостоятельной работы.

Практические занятия

Тема 1. История возникновения психоанализа. Школы З. Фрейда, К.Г. Юнга, А. Адлера.

1. Предпосылки психоанализа в работах представителей французской социологической школы.
2. Концепция З. Фрейда.
3. Аналитическая психология К.Г. Юнга.
4. Индивидуальная психология А. Адлера.

Тема 2. Развитие психоанализа в 30-50 годах XX в.

1. Теория К. Хорни.
2. «Интерперсональная теория психиатрии» Г.С. Салливена.

3. Телесно-ориентированная психотерапия В. Райха.
4. Концепция трансфера и «волевой терапии» О. Ранка.
5. Психодинамическая концепция национального характера А. Кардинера.

Тема 3. Современный психоанализ.

1. Причины и направления модификация глубинной психологии во второй половине XX века.
2. Психоаналитическая концепция Э. Фромма.
3. Развитие детского психоанализа.
4. Концепция трансактного анализа Э. Берна.
5. Эго-психология.
6. Теория объектных отношений в рамках психодинамического подхода. Современное развитие теории отношений.
7. Структурный психоанализ.
8. Селф-психология.
9. Интерсубъективный подход в психоанализе.

Тема 4. Психоанализ в России.

1. Предпосылки и специфика развития идей психоанализа в России.
2. Развитие российского психоанализа в дореволюционной России.
3. Психоаналитические идеи в работах советских психологов. Причины запрета психоанализа.
4. Современный российский психоанализ.

Тема 5. Техника психоаналитической психотерапии и психоанализа.

1. Психоаналитическая ситуация и первичное знакомство с клиентом.
2. Задачи и техника ведения первичного интервью. Медицинская и аналитическая модели интервью.
3. Особенности динамики и техники в начале терапии и завершающей фазе.
4. Терапевтические вмешательства, конструкции и интерпретации.
5. Конфронтация и прояснение, комментирование и обобщение.
6. Анализ переноса и контрпереноса.
7. Рабочий союз и реальные отношения.
8. Анонимность терапевта и нетерапевтические отношения терапевта и пациента.
9. Техника работы с отыгрыванием.
10. Специфика вмешательства при краткосрочной терапии.

Тема 6. Терапевтические отношения в психоанализе. Работа с переносом и контрпереносом.

1. Специфика терапевтических отношений в психоанализе. Типичные модели поведения терапевта и клиента.
2. Понятие переноса. Значение переноса для клиента.
3. Направления и стадии анализа переноса.
4. Позитивный и негативный перенос.
5. Техники, способствующие осознанию клиентом переноса.
6. Понятие и виды контрпереноса.
7. Работа с контрпереносом.

Тема 7. Методы исследования в психоанализе.

1. Катартический метод.
2. Редуктивный метод.
3. Анализ психического события.

4. Метод свободных ассоциаций.
5. Анализ сновидений.
6. Анализ переноса.
7. Ошибки при использовании психоаналитического метода.

Тема 8. Психоаналитический подход к психопатологии.

1. Психиатрическая и психоаналитическая классификация психических расстройств.
2. Тревожные расстройства.
3. Обсессивно-компульсивный невроз.
4. Истерия.
5. Пограничные расстройства.
6. Алкогольная и наркотическая зависимость.
7. Расстройства питания
8. Депрессия.
9. Психосоматические расстройства.
10. Психозы.

Тема 9. Работа с тревогой, страхом и психологическими защитами.

1. Понятие тревоги и страха в психоанализе.
2. Базальная тревога в концепции К. Хорни.
3. Исследования тревоги Г. Салливана.
4. Психоаналитическая трактовка фобий.
5. Детские страхи. Психоаналитическая типология детских страхов.
6. Техники работы со страхами и фобиями.
7. Понятие и типология психологических защит (З. Фрейд).
8. Механизмы психологической защиты у детей (исследования А. Фрейд).
9. Современные понятия и типология психологических защит.
10. Способы диагностики актуальной психологической защиты.
11. Принципы, приемы и техники работы с психологическими защитами.

Тема 10. Работа с внутриличностными конфликтами

1. Понятие внутриличностного конфликта. Теория конфликта З. Фрейда.
2. Теория компенсации А. Адлера.
3. Представления о внутриличностном конфликте в теории К. Хорни. Типология конфликтов.
4. Следствия неразрешенных конфликтов: страх, обнищание личности и др.
5. Представления о внутриличностных конфликтах в современном психоанализе.
6. Методы диагностики внутриличностных конфликтов.
7. Принципы, методы и техники разрешения внутриличностных конфликтов.

Тема 11. Работа с травмой

1. Понятие травмы в психоанализе.
2. Базовые травмы. Психотравма как следствие разлучения матери и младенца.
3. Представления о психологической травме З. Фрейда (работа «Печаль и меланхолия»).
4. Специфика детских психологических травм.
5. Проявления детских психологических травм в психике и поведении взрослого человека.
6. Психологические травмы зрелости. Травма как следствие утраты.
7. Следствия психотравмы.
8. Горевание как процесс переживания утраты.
9. Методы диагностики психической травмы.
10. Принципы, методы и техники работы с психотравмой.

Тема 12. Групповой психоанализ.

1. Понятие и история возникновения группового психоанализа.
2. Особенности терапевтических отношений при работе в группе.
3. Методы диагностики и организации взаимодействия в групповом психоанализе.
4. Групповая работа со страхами, фобиями, неразрешенными конфликтами, психотравмами.
5. Показания и противопоказания для группового психоанализа.
6. Преимущества и недостатки групповой формы психоаналитической работы.

Тема 13. Психоанализ в работе с детьми и подростками.

1. История возникновения детского психоанализа.
2. Условия успешности и базовые принципы детского психоанализа.
3. Техники детского психоанализа.
4. Психоаналитическая работа с дошкольниками.
5. Психоаналитическая работа с младшими школьниками.
6. Использование психоанализа в работе с подростками.
7. Возможности и ограничения детского психоанализа.

Тема 14. Специальные методы аналитической терапии: арттерапия, песочная терапия, символдрама, сказкатерапия.

1. Принципы и методы работы с символикой бессознательного в юнгианском психоанализе.
2. Понятие арттерапии, ее цели, техники, возможности и ограничения.
3. Символдрама: цели, техники, возможности и ограничения.
4. Юнгианская песочная психотерапия.
5. Юнгианский анализ сказок и современная сказкатерапия.

3. МЕТОДИЧЕСКИЕ УКАЗАНИЯ ДЛЯ САМОСТОЯТЕЛЬНОЙ РАБОТЫ СТУДЕНТОВ

Для работы со студентами рекомендуют к применению следующие формы самостоятельной работы.

Работа с литературой

Важной составляющей самостоятельной внеаудиторной подготовки является работа с литературой по всем формам занятий: семинарским, практическим, при подготовке к зачетам, экзаменам, тестированию, участию в научных конференциях.

Один из методов работы с литературой – повторение: прочитанный текст можно заучить наизусть. Простое повторение воздействует на память механически и поверхностно. Полученные таким путем сведения легко забываются.

Более эффективный метод – метод кодирования: прочитанный текст нужно подвергнуть большей, чем простое заучивание, обработке. Чтобы основательно обработать информацию и закодировать ее для хранения, важно провести целый ряд мыслительных операций: прокомментировать новые данные; оценить их значение; поставить вопросы; сопоставить полученные сведения с ранее известными. Для улучшения обработки информации очень важно устанавливать осмысленные связи, структурировать новые сведения. При изучении дисциплины «Анатомия центральной нервной системы» важным вариантом кодирования информации является составление схем и таблиц. Также продуктивным является зарисовывание в тетрадь схематических изображений отделов нервной системы. В этом случае помимо вербальной (словесной), задействуется моторная память, что способствует более полному усвоению материала.

Изучение научной учебной и иной литературы требует ведения рабочих записей. Форма записей может быть весьма разнообразной: простой или развернутый план, тезисы, цитаты, конспект.

План – структура письменной работы, определяющая последовательность изложения материала. Он является наиболее краткой и потому самой доступной и распространенной формой записей содержания исходного источника информации. По существу, это перечень основных вопросов, рассматриваемых в источнике. План может быть простым и развернутым. Их отличие состоит в степени детализации содержания и, соответственно, в объеме.

Выписки представляют собой небольшие фрагменты текста (неполные и полные предложения, отделы абзацы, а также дословные и близкие к дословным записи об излагаемых в нем фактах), содержащие в себе основную идею (идеи) прочитанного текста. Выписки представляют собой более сложную форму записи содержания исходного источника информации. По сути, выписки – не что иное, как цитаты, заимствованные из текста. Выписки позволяют в концентрированной форме и с максимальной точностью воспроизвести наиболее важные мысли автора, статистические и фактологические сведения.

Тезисы – сжатое изложение содержания изученного материала в утвердительной (реже опровергающей) форме. Отличие тезисов от обычных выписок состоит в том, что тезисам присуща значительно более высокая степень концентрации материала. В тезисах отмечается преобладание выводов над общими рассуждениями. Записываются они близко к оригинальному тексту, т.е. без использования прямого цитирования.

Аннотация – краткое изложение основного содержания исходного источника информации, дающее о нем обобщенное представление. К написанию аннотаций прибегают в тех случаях, когда подлинная ценность и пригодность исходного источника информации исполнителю письменной работы окончательно неясна, но в то же время о нем необходимо оставить краткую запись с обобщающей характеристикой.

Резюме – краткая оценка изученного содержания исходного источника информации, полученная, прежде всего, на основе содержащихся в нем выводов. Резюме весьма сходно по своей сути с аннотацией. Однако, в отличие от последней, текст резюме концентрирует в себе данные не из основного содержания исходного источника информации, а из его заключительной части, прежде всего выводов. Но, как и в случае с аннотацией, резюме излагается своими словами – выдержки из оригинального текста в нем практически не встречаются.

Конспект представляет собой сложную запись содержания исходного текста, включающая в себя заимствования (цитаты) наиболее примечательных мест в сочетании с планом источника, а также сжатый анализ записанного материала и выводы по нему.

При выполнении конспекта требуется внимательно прочитать текст, уточнить в справочной литературе непонятные слова и вынести справочные данные на поля конспекта. Нужно выделить главное, составить план. Затем следует кратко сформулировать основные положения текста, отметить аргументацию автора. Записи материала следует проводить, четко следуя пунктам плана и выражая мысль своими словами. Цитаты должны быть записаны грамотно, учитывая лаконичность, значимость мысли.

В тексте конспекта желательно приводить не только тезисные положения, но и их доказательства. При оформлении конспекта необходимо стремиться к емкости каждого предложения. Мысли автора книги следует излагать кратко, заботясь о стиле и выразительности написанного. Число дополнительных элементов конспекта должно быть логически обоснованным, записи должны распределяться в определенной последовательности, отвечающей логической структуре произведения. Для уточнения и дополнения необходимо оставлять поля. Необходимо указывать библиографическое описание конспектируемого источника.

Самостоятельная работа студентов является обязательной для каждого студента, а её объём определяется учебным планом. Формы самостоятельной работы студентов определяются содержанием учебной дисциплины, степенью подготовленности студентов.

Самостоятельная работа – одна из важнейших форм овладения знаниями. Самостоятельная работа включает многие виды активной умственной деятельности студента: слушание лекций и осмысленное их конспектирование, глубокое изучение источников и литературы, консультации у преподавателя, подготовка к практическим занятиям, экзаменам, самоконтроль приобретаемых знаний и т.д.

Изучение дисциплины следует начинать с проработки рабочей программы, особое внимание уделяя целям и задачам, структуре и содержанию курса.

Тематика заданий для самостоятельной работы включает в себя задания для самостоятельной работы.

Задания для самостоятельной работы:

1. Важным направлением самостоятельной работы студентов при изучении дисциплины «Введение в психоаналитическую терапию» является выполнение заданий, полученных в ходе лекции. Совокупность заданий по каждой теме направлена на дополнение конспекта лекции, уточнение понятий, составление схем и т.д. Так, студентам может быть предложено выписать значение терминов, более подробно рассмотреть ту или иную психоаналитическую технику, проанализировать социально-исторический контекст возникновения и становления того или иного течения в рамках психодинамического направления психотерапии и т.д. Конкретный состав заданий определяется количеством аудиторных часов и часов для самостоятельной работы, предусмотренных для изучения темы. Общим для всех заданий является их малый объём и направленность на дополнение конспекта лекции. Выполняются задания, как правило, в лекционных тетрадях.

2. Подготовка к практическому занятию – включает повторение материала лекции, чтение дополнительной литературы, конспектирование материала.

3. По теме 1 «История возникновения психоанализа. Школы З. Фрейда, К.Г. Юнга, А. Адлера» предусмотрено составление таблицы «Сравнительная характеристика теорий З. Фрейда, К.Г. Юнга и А. Адлера». Для этого студентам необходимо: 1) четко выделить критерии, по которым могут быть сопоставлены данные школы; 2) выделить сходства в теориях З. Фрейда, К.Г. Юнга, А. Адлера; 3) опираясь на выделенные критерии, указать основные различия в теориях З. Фрейда, К.Г. Юнга, А. Адлера.

4. По теме 2 «Развитие психоанализа в 30-50 годах XX в.» студентам предлагается составить схему «Направления развития психоанализа». Схема должна отражать преемственность взглядов различных представителей психодинамического направления в психотерапии, а также причины развития различных течений в рамках данного направления.

5. По теме 4 «Психоанализ в России» студентам предлагается подготовить краткую работу рассуждения по одной из тем: «Причины опережающего развития психоанализа в дореволюционной России» или «Причины запрета психоанализа в Советской России». Работа должна содержать ссылки на конкретные источники, краткие цитаты, а также отражать позицию автора работы. Аналогичное задание выполняется по теме 6 «Терапевтические отношения в психоанализе. Работа с переносом и контрпереносом», где студентам также предлагается две темы: «Перенос: помеха терапии или ресурс» или «Контрперенос: помеха терапии или ресурс».

6. По теме 14 «Специальные методы аналитической терапии: арттерапия, песочная терапия, символдрама, сказкатерапия» студентам необходимо подготовить презентацию об одном из направлений современной терапии, основанной на юнгианском психоанализе. Презентация предполагает освещение теоретического материала и демонстрацию конкретных приемов и техник, используемых в рассматриваемом направлении.