

88.492 я 43

к 14

+ 53.54 я 43

Серію засновано в 1999 році

ам

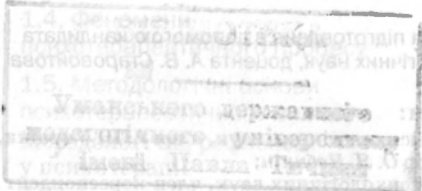
альма
матер

Завдання Міністерства освіти і науки України
визначити спеціальні вимоги до підготовки
специфічна практика

Відповідно до вимог Міністерства освіти і науки України
до підготовки фахівців з психотерапії, укладено
цим підручником, який є обов'язковим для
використання в навчальних закладах вищої освіти
психологічного профілю.

Н. Ф. Каліна
Психотерапія
Підручник

е 481138а



Київ
«Академвидав»
2010



ББК 53.54/59
К17



**Затверджено Міністерством освіти і науки України
як підручник для студентів вищих навчальних закладів**

(Лист № 1/II—4883 від 08.06.10 р.)

Багатьом доводилося переживати психологічні проблеми, спричинені комплексами дитинства, непорозуміннями з іншими людьми, життєвими негараздами, надзусиллями в самореалізації, фобіями. Та не кожному під силу «вилікувати душу» людини. Для лікування неврозів, подолання труднощів і перешкод на життєвому шляху, звільнення від негативних переживань і душевного болю, актуалізації резервів особистісного зростання найефективніша наукова психотерапія. Представники різних психотерапевтичних напрямів та шкіл, маючи єдину мету, використовують специфічні підходи, методи, техніки досягнення результату. Всі ці питання, як і загальні засади психотерапії, системно розглянуто у пропонованому підручнику. Особливо докладно проаналізовано прийоми і методи психоаналізу, юнгіанства, гештальттерапії, когнітивного, екзистенціального, гуманістичного підходів, тілесно орієнтованої психотерапії, структурного психоаналізу.

Для студентів вищих навчальних закладів. Корисний буде всім, хто прагне глибше зрозуміти себе, опанувати способи подолання психологічних проблем, надання допомоги в життєвих ситуаціях тим, хто її потребує.

Видання підготовлене з допомогою кандидата психологічних наук, доцента А. В. Старовойтова

Рецензенти:

доктор психологічних наук, член АПН України,
професор *О. Я. Чебикін*;
доктор психологічних наук, член-кореспондент АПН України,
професор *Н. В. Чепелева*;
доктор психологічних наук, член АПН України,
професор *Т. С. Яценко*

ISBN 978-966-8226-89-2
ISBN 978-617-572-004-2

© Каліна Н. Ф., 2010
© «Академвидав»,
оригінал-макет, 2010

Зміст

I. Загальні осади психотерапії

1.1. Психотерапія як галузь психологічних знань і специфічна практика	7
Сутність, об'єкт і предмет психотерапії	8
Основні моделі психотерапевтичної допомоги	9
Понятійний апарат психотерапії	13
1.2. Становлення психотерапії як науки	14
Релігійні витоки психотерапії	16
Формування наукової психотерапії	19
1.3. Мета, завдання і принципи діяльності психотерапевта	25
Мета і завдання психотерапії	25
Базові принципи психотерапії	27
Особистість психотерапевта	29
1.4. Феномени психотерапевтичного процесу	31
1.5. Методологічні основи психотерапевтичного впливу	34
Методологічна рефлексія у психотерапії	35
Аналіз дискурсу у психотерапії	38
Пансеміотична функція психотерапевта	41
1.6. Універсальні психотерапевтичні процедури	44
Інтерпретація і ампліфікація	45

	Робота з метафорою	47
	Аналіз сновидінь	50
2. Класичний психоаналіз	2.1. Загальні засади психоаналізу	54
	2.2. Організація психоаналітичної терапії	57
	2.3. Психоаналітична взаємодія	62
	Перенос і аналітичні відносини	62
	Опір і захист	65
	Взаємодія несвідомого з реальністю	76
	Нарцисизм	81
	2.4. Психосексуальний розвиток особистості	84
	Пренатальна стадія і травма народження	84
	Оральна стадія	86
	Анальна стадія і анальна проблематика	90
	Едіпова стадія та едіпів комплекс	93
	Розвиток Супер-Его	96
3. Пост-фрейдистські школи і напрями	3.1. Теорія об'єктних відносин М. Кляйн	101
	3.2. Британські психоаналітичні підходи	111
	3.3. Психологія Самості Х. Кохута	118
	3.4. Інтерперсональні підходи	123
4. Аналітична психологія і психотерапія. Пост'юнгіанство	4.1. Загальні засади аналітичної психотерапії	129
	Теоретичні основи аналітичної психології	130
	Основні архетипи і процес їх індивідуації	132
	4.2. Основні напрями і психотерапевтичні моделі пост'юнгіанства	142
	Класична школа в пост'юнгіанстві	142
	Школа розвитку в пост'юнгіанстві	144
	Архетипічна школа у пост'юнгіанстві	145
5. Тілесно орієнтована психотерапія	5.1. Теоретико-методологічні основи тілесної терапії	152
	Природа тілесності людини та основні тілесні проблеми	153

	Вегетоаналітична терапія характеру	156
	Біосинтез Д. Боаделли	160
	5.2. Методи тілесно орієнтованої психотерапії	162
	Сутність і мета тілесних психотехнік	163
	Класифікація тілесно орієнтованих методів	165
	Природа тілесного контакту і етика дотиків	169
	Професійні навички тілесно орієнтованого психотерапевта	171
6. Гештальт-терапія	6.1. Загальні положення гештальттерапії	175
	Усвідомлення і контакт	176
	Взаємодія і формування гештальтів	180
	6.2. Концепція психологічного захисту	184
	6.3. Розв'язання міжособистісних і сімейних проблем	193
7. Когнітивні напрями	7.1. Сутність і особливості когнітивної психотерапії	200
	7.2. Раціонально-емотивна терапія	203
	7.3. Когнітивна модель А. Бека	209
8. Екзистенціальна психотерапія	8.1. Специфіка екзистенціального підходу	215
	8.2. Дазейн-аналіз	217
	8.3. Психотерапевтичний потенціал творчості Ж. Батая	220
9. Гуманістична психотерапія	9.1. Основні положення гуманістичного підходу	225
	9.2. Напрями гуманістичної психотерапії	229
	Клієнт-центрована психотерапія	229
	Логотерапія	234
	Перспективи розвитку особистості з погляду гуманістичного підходу	241
10. Структурний психоаналіз	10.1. Теоретичні основи підходу Ж. Лакана	244
	Мовна природа несвідомого	245
	Регістри психіки	247
	Інший і бажання	251

1111

158	10.2. Техніка	254
160	структурноаналітичної терапії	254
162	Аналіз мовленнєвих засобів	255
163	Психотерапевтичне	255
165	використання фантазмів	258
167	Закінчення терапії —	258
	перехід за грань бажання	
11. Нові підходи	11.1. Постмодерністські ідеї	263
у психотерапії	в психотерапії	
171	11.2. Емпіричні підходи	269
	в сучасній психотерапії	
175	Термінологічний словник	273
176	Література	279
180		
184		
188		
192		
200		
202		
208		
212		
215		
217		
220		
222		
225		
229		
230		
234		
241		
245		
248		
251		

1.

Загальні засади психотерапії

Психотерапія нині є однією з найважливіших галузей психології, яка в наукових термінах і поняттях характеризує форми та механізми впливу на людську психіку, діяльність і поведінку. На відміну від інших психологічних дисциплін вона відзначається певною строкатістю методологічних засад і, відповідно, широким розмаїттям форм, прийомів і методів практичної роботи. Однак, як і в інших гуманітарних науках, у психотерапії існують чіткі уявлення про мету, засоби та умови використання технік, критерії ефективності роботи, етичні принципи та базові терапевтичні установки.

1.1. Психотерапія як галузь психологічних знань і специфічна практика

На сучасну людину справляють потужний, а іноді руйнівний вплив чинники різноманітного походження. У такій ситуації саме психотерапія як система форм впливу на психіку особистості з метою зберегти і

поліпшити не лише душевний стан, а й здоров'я організму загалом стає ефективним засобом поліпшення загальної якості життя. Тому інтерес до психотерапії як науки і практичної діяльності постійно зростає. Сучасні науковці активно розробляють весь спектр її теорій і методів, підвищується якість підготовки фахівців, удосконалюються методи надання психотерапевтичної допомоги.

Психотерапія не лише виконує прямі функції (лікувальну, профілактичну, реабілітаційну), а й сприяє загальному розвитку особистості за рахунок удосконалення самоусвідомлення та подолання внутрішніх і міжособистісних конфліктів, виробленню адекватних поведінкових і емоційних реакцій на зовнішні подразники, кращому розумінню інших людей.

Психотерапевтичних консультацій можуть потребувати як формально здорові люди, так і особи з певними порушеннями психіки. Відповідно різняться і вплив терапевта. Тому тільки чітке уявлення про теоретичне підґрунтя психотерапевтичних втручань дасть змогу лікареві оволодіти основними методами і навичками практичної діяльності.

Сутність, об'єкт і предмет психотерапії

Психотерапія є порівняно молодого дисципліною і досі перебуває у процесі становлення. Це зумовлює певні розбіжності у визначенні її як науки, розмежуванні завдань психотерапії і суміжних із нею галузей (психології, психіатрії). Прихильники медичного підходу до розуміння психотерапії визначають її як процес лікувального впливу на психіку людини, а представники психологічного — як систему міжособистісних взаємодій між психотерапевтом і пацієнтом з метою позитивних змін у поведінці, інтелектуальній та емоційній сферах пацієнта.

*Психотерапія (грец. *psyche* — душа і *therapeia* — лікування) — галузь психології, що вивчає механізми, способи і прийоми професійного надання психологічної допомоги з метою розв'язання проблем, звільнення від психосоматичних симптомів або актуалізації резервів особистісного зростання.*

За інтенціями (спрямованістю) психотерапію поділяють на *медичну* (клінічно орієнтовану) і *немедичну* (особистісно спрямовану). Відповідно професійним

суб'єктом є лікар або психолог. За формою психотерапевтичного процесу розрізняють *групову* (робота з кількома особами з однаковою симптоматикою) та *індивідуальну* (сеанси з одним клієнтом), *довгострокову* (від кількох місяців до кількох років) і *короткочасну* (декілька сеансів) психотерапію.

Об'єктом психотерапевтичного впливу є цілісна особистість з усіма її якостями, думками, бажаннями та цінностями. Психотерапевтична діяльність — це різновид міжособистісного спілкування, а взаємини терапевта і клієнта у більшості шкіл вважають провідним засобом психотерапевтичного впливу. Конкретним *предметом*, на якому психотерапевт зосереджує зусилля, можуть бути різні регіони психіки: свідомість і мислення (когнітивний напрям), несвідоме (класичний психоаналіз), психе як системна єдність свідомого та несвідомого (юнґіанство), відчуття, емоції і почуття (гештальт-терапія). Проте спеціаліст будь-якого напрямку ніколи не лишає поза увагою особистість людини як багатограний, цілісний і динамічний феномен.

Психотерапія як форма психологічної практики охоплює велику кількість окремих моделей, напрямів, шкіл та авторських підходів. Певну еkleктичність психотерапевтичного знання було подолано лише недавно завдяки досягненням сучасної *семіології* — науки про шкільні системи, яка виконує стосовно психотерапії провідну методологічну функцію.

Основні моделі психотерапевтичної допомоги

Хоча психотерапія є галуззю психології і однією з найважливіших сфер психологічної практики, її зв'язки з іншими психологічними дисциплінами — загальною, соціальною, віковою, етнічною психологією тощо — певною мірою формальні. Тобто вона може бути задіяна у розв'язанні певних проблем відповідної специфіки, але майже не використовує властивих цим дисциплінам теорій або понять. Основне теоретичне джерело для психотерапії становить глибинна психологія (психологія несвідомого), а для окремих шкіл та підходів — відповідні філософські напрями. Однак найтісніше психотерапія пов'язана з медициною, переважно із психіатрією,

та релігією, що і стало підґрунтям для вироблення релігійної, психологічної, психіатричної моделей психотерапевтичної допомоги (табл. 1.1).

Таблиця 1.1

Моделі психотерапевтичної допомоги

Модель	Мета	Об'єкт впливу	Форма впливу	Результат
Релігійна модель	Служіння, турбота, «окормлення»	Душа	Церковні таїнства та релігійні обряди	Спасіння душі
Психологічна модель	Допомога	Особистість	Терапевтичні відносини, спілкування	Розв'язання проблем, особистісне зростання
Психіатрична модель	Лікування	Поведінка і стан психіки	Модифікувальний вплив	Нормальність психічного функціонування

Медична психотерапія (лікування соматичних захворювань, психічних розладів та симптомів за допомогою спеціально організованого спілкування) тривалий час була єдиною формою існування психотерапії взагалі. Більшість гуманістично орієнтованих психотерапевтичних шкіл тяжіють до філософії і меншою мірою до певних релігійних доктрин. Із релігією психотерапію об'єднують ідеї допомоги, служіння, духовного зростання.

Сучасна медична допомога практично завжди містить психотерапевтичні компоненти, особливо в діяльності сімейного лікаря. Медична (клінічна) психологія також звертається до психотерапевтичних методів. Однак найбільше спільного у психотерапії із психіатрією. За радянських часів лише лікарі-психіатри мали право на психотерапевтичну діяльність. Тепер спеціалізацію із психотерапії майбутні фахівці також здобувають на кафедрах психіатрії та наркології. Багато науковців вважають психотерапію окремою галуззю психіатрії.

Зв'язок між психотерапією і медициною, особливо психіатрією, настільки глибокий та очевидний, що цілком природно кваліфікувати психотерапевтичну практику як галузь патопсихології, клінічної психології і

психіатрії. Проте серед психіатрів поширена протилежна думка, що опирається на небажання пояснювати душевні хвороби в термінах духу (як це робив, наприклад, К.-Г. Юнг) і лікувати їх за допомогою мовної дії (talking cure).

Водночас деякі академічні психологи, розглядаючи психотерапію як один з аспектів медицини, вважають, що через наявність інтенціональних (вольових) моделей вона не вписується в систему психологічного знання. В історії психології відомий факт ігнорування фрейдівської теорії як суб'єктивістського і взагалі «метапсихологічного» підходу.

Сучасний український медик, психіатр і психотерапевт-психоаналітик Олександр Фільц виводить специфіку психотерапії з особливостей її предмета, яким, на його думку, є патос (грец. *patos* — страждання). Його міркування зводяться до таких тез:

1) психологія, яку також називають «нормальною психологією», є наукою про нормальне (здорове) психічне і душевне життя;

2) психіатрія, предмет якої не можна звужувати до «чоттальної патології» («чистої ненормальності»), вичене нездорове в нормальному. Саме це називають у медицині нозологічною (лат. *posos* — хвороба і грец. *logos* — слово, вчення) формою, або основною діагностичною категорією;

3) психотерапія описує і концептуалізує окремі факти патологічного і нормального на основі досвіду лікування, яке безпосередньо впливає з людських стосунків. Вона має справу зі стражданням (патос), яке на відміну від нозоса свідчить про ставлення хворого до свого розладу.

Патос є цілісною екзистенцією (буттям) з розладом і в розладі, тоді як нозос відображає лише один із можливих розладів екзистенції життя і діяльності людини. Страждати можна не тільки від хвороби, а й від обмеження свободи чи напружених взаємин, складних життєвих обставин. Патос — це виживання нормального і подолання розладу всупереч хворобі, з боку здорового якостей людини. А нозос — це подолання здорового хворим, патологічність процесів. Власне хворе не страждає. Страждає здорове від хворого. Отже, основною сферою психотерапії є зворотний бік предмета психіатрії.

Психіатрія йде від здорового до хворого, а психотерапія — навпаки. Тому предмет психотерапії, за О. Фільцом, — нормальне (здорове) серед патологічного. Це визначення точно розмежовує психіатрію і психотерапію не стільки на рівні методів і цілей, скільки на основі розуміння інтенції суб'єкта професійної діяльності, усвідомлення ним значення психотерапії. Психолог не лікує, а допомагає розв'язувати проблеми, актуалізувати резерви особистісного зростання.

Нині можна стверджувати про успішне функціонування і релігійних форм психотерапії. Священники різних конфесій набули досвіду в наданні не тільки духовної, а й психологічної допомоги, якої до середини ХХ ст. не виокремлювали із численних обов'язків духовного пастиря. В Україні і слов'янських державах найпоширенішою є святоотцівська психотерапія. Її парадигма має специфічний погляд на причини виникнення особистісних проблем і психічних захворювань, їх природу і сутність. Ці причини описують за допомогою таких понять, як «гріх», «провина», «кара», «спокутування», «покаяння» та ін. Пастирська допомога опирається передовсім на систему етичних і релігійних ідей, далеку як від психологічних теорій, так і від психіатричних уявлень про психічне здоров'я, норму і патологію.

Традиція духовної допомоги, що склалася в церкві, тісно пов'язана зі сповіддю. Сповідь у православній або католицькій традиції є таїнством, оскільки під час неї відбувається етичне перетворення особи, «друге хрещення». Зізнання у гріхах перед священником у православ'ї називають оновленням. У процесі сповіді між духівником і тим, хто сповідається, встановлюється особлива гармонія. Це буває, коли духівник, подібно до психотерапевта, переймається переживаннями того, хто кається, причому виявляє не тільки строгість судді, й піклування, жалісливість люблячого батька.

Пастирське «окормлення» у православній традиції представлене *духовним батьківством* — тривалими, стійкими і значущими відносинами, які можна описати в категоріях «благословення», «зміцнення рішучості» або «совість». Сутність православного пастирського «окормлення» митрополит Антоній (Храповицький) назвав даром співчутливої любові.

Різких, непримиренних суперечностей між релігійними і неконфесійними моделями психологічної допомоги немає. Адже саме з пастирства психотерапія запозичила багато етичних принципів: ідею служіння, конфіденційність зустрічі, щирість і співпереживання, моральну підтримку — все те, що називають духовним зціленням.

Понятійний апарат психотерапії

Як і кожна галузь науки, психотерапія має власний науковий апарат, що охоплює її основні поняття: «запит», «сесія», «сетинг», «терапевтичний альянс» та ін.

Потреба у психологічній допомозі, сформульована в словах і бажаннях, становить *запит*. Роботу терапевта з клієнтом називають *психотерапевтичним процесом*, окрему зустріч — *сесією* (лат. *sessio* — засідання). Розклад процесу — кількість зустрічей на тиждень, їх тривалість і термін лікування — це *сетинг* (англ. *set* — встановлений). У психотерапії діють суворі правила, які забороняють терапевтові і клієнту порушувати сетинг. Клієнта називають також *пацієнтом* (лат. *patientis* — терплячий), особливо у глибинно-психологічних школах.

Сетинг і всі інші аспекти взаємин «терапевт — клієнт» визначають в особливому контракті — *терапевтичному альянсі*.

Кожен клієнт має підсвідомі очікування, як працює, ірраціонального характеру, якими він може керуватися і вперто їх обстоювати. Вони часто не узгоджуються з метою терапії і можуть блокувати її перебіг. Однак терапевт не має права нав'язувати клієнтові власні думки та цінності, формувати для нього цілі, навіть позитивні, і повчати. Професіонал іде за клієнтом і його бажаннями — усе інше вважають зловживанням.

Процес психотерапії відбувається в кілька стадій (етапів). Завершення знайомства з терапевтом прийняттям рішення про участь у терапії означає налагодження відносин у межах терапевтичного альянсу. Це — початковий етап, після якого відбувається робота, інколи досить тривала (в класичному психоаналізі — до кількох років). Специфіка завершальної стадії пов'язана з тим, що терапія для клієнта стає важливою життєвою

цінністю, яку він не хоче втрачати. Особистість терапевта також набуває для нього значущості. Тому терапія має закінчуватися спеціальними прийомами, що розривають таку залежність пацієнта.

Багато психотерапевтичних понять, використовуваних у різних підходах, не є строго академічними термінами, зміст яких можна визначити однозначно і точно. Здебільшого це *метафори* (грец. *metaphora* — переміщення, віддалення) — розпливчасті концепти широкого змісту, за допомогою яких передають різноманітні, часто індивідуальні відтінки сенсу. Їх використовують для структурування досвіду, здобутого певною школою психотерапії. У психоаналізі це «лібідо» і «катексис»; у юнганстві — «індивідуація» і «архетип»; «броня» (панцир) — у В. Райха, «усвідомлення» і «контакт» — у гештальттерапії, «пик-переживання» — в А. Маслоу та ін.

Психотерапія, яку часто визначають як «науку про суб'єктивне», побудована на узагальненнях індивідуального досвіду, а метафора — найуніверсальніший спосіб його акумулювання, обміну ним та його інтерпретування. Метафори передають не тільки уявлення про об'єкти, явища чи процеси, а й ставлення до них, емоційну оцінку, особистісний сенс. Тому психотерапевтичне спілкування багате на метафори, а найуживаніші з них поступово набули понятійного характеру. Як і в інших гуманітарних сферах, у психотерапії метафори фігурують як концепти. За допомогою концептів експлікують (пояснюють) та характеризують складні, багатопланові явища — життєвий світ особистості, її життєвий шлях, особисті цінності та переконання. Психотерапевтичні метафори дають необмежені можливості опису, структурування і трансформації людського досвіду, що є запорукою терапевтичних змін.

1.2. Становлення психотерапії як науки

Психотерапія і психологічна допомога загалом є суто людським феноменом, якому немає аналогів у природі. Звичайно, тварини також допомагають одна одній, у

вищих приматів розвинуті деякі механізми «соціально-го захисту» самиць і малят, слабких істот тощо. Однак психологічна допомога — явище іншого ряду.

Антропологи і соціальні психологи пояснюють якісний «стрибок», завдяки якому людина стала *homo sapiens*, тобто розумною, виникненням специфічної здатності до т. зв. надлишкової, понаднормативної діяльності. Ідеться про дії, не пов'язані з конкретними практичними завданнями виживання, наприклад нанесення орнаменту на примітивні кам'яні знаряддя чи обряд поховання. Це суто людські вчинки, тваринам вони не властиві. Понаднормативна діяльність виражає певні уявлення, абстраговані від безпосередньої дійсності: ідея про посмертне існування і потреби небіжчика — якщо в обряді поховання йому дають «із собою» зброю, їжу, речі повсякденного вжитку; орнамент, печерні малюнки опираються на більш розгорнуту, абстрактну картину навколишнього світу — уявлення про циклічний характер природних змін (первісні орнаменти відображають місячні і сонячні цикли), віру в те, що майбутній результат залежить від змісту й сюжету малюнка та ін. Археологічні знахідки свідчать, що деякі фрагменти дійсності ставали носіями певних значень і сенсів, а сама дійсність поступово набувала символічного, семіотичного (знакового) характеру.

Французький історик і антрополог Жорж Дюмезіль вважає, що у первісній громаді дуже рано виокремились особи, які мали певні здібності до абстрагування, прогнозування та вибору доцільних стратегій ефективної групової діяльності. Саме вони розвивали і підтримували символічний аспект людського життя. Такі люди ставали лідерами, вождями, а також виконували функції жерців. Звичайно, для цього потрібно було володіти психологічним впливом на людей, навичками антиципації (передбачення), прийомами сугестії (навіювання) тощо. Очевидно, що психологічний вплив у періоди великих потрясінь чи труднощів (голод, війни, епідемії) мав і психотерапевтичний, психопрофілактичний характер. Домінування і влада над іншими поєднувалися зі здатністю до *психократії* — можливості психологічно контролювати людей. Психологічне домінування було тісно пов'язане із символічною, знаково-семіотичною активністю психіки.

Психологічна допомога від початку ґрунтувалась на домінуючій позиції щодо потенційного клієнта. Поступово відбулась еволюція до більш рівноправних, партнерських взаємин між психотерапевтом і клієнтом.

Релігійні витоки психотерапії

На ранніх етапах розвитку суспільства психотерапевтичну допомогу надавали особи, що виконували також релігійні функції. Конфесійна (релігійна) модель психотерапії збереглася й донині.

Первісні релігії — магія, тотемізм, шаманізм, матріархальні культури — були багатоцільовими практиками, з яких шляхом диференціації розвинулись основні сучасні форми суспільної свідомості, окремі галузі науки й культури. Природознавство, медицина, футурологія, кулінарія, театр, сімейно-шлюбні стосунки закорінені у примітивних релігійно-магічних віруваннях і ритуалах. Психотерапія, якщо її розглядати як «зцілення душі (психіки) словом», забезпечує спокій і душевну гармонію, впевненість у собі під час взаємодії зі світом, позитивне самовідчуття. Тому за якісним складом переживань вона подібна до релігійних ритуалів (медитації, сповіді тощо).

У давньому світі (Вавилон, Греція, Єгипет) люди зазвичай зверталися по допомогу до богів. За кожен сферу життя, за їхніми уявленнями, відповідало певне божество, а служителі храмів відігравали роль посередників у спілкуванні людей з ними. Одним із методів такого спілкування було тлумачення снів, які вважали прямою порадою або застереженням бога. Крім того, жерці стимулювали розвиток медитативних практик, заохочували до самоспоглядання, навчали ефективних прийомів саморегуляції тощо. Душевне життя для античних людей не було другорядним. Не лише тіло, а й душа мала оселю, обов'язки, захист, можливість задовольняти свої потреби. Терапевтичний вплив здійснювали численні сакралізовані фактори середовища: храми, жертівники, священні гаї або джерела, культові зображення, амулети. Оселю, майстерню і господарство намагалися захистити від будь-якого ворожого впливу, виконуючи відповідні ритуали.

У давні часи і середньовіччя причини психічних розладів та психологічних проблем найчастіше пояснювали впливом злих духів, демонів, які виявляли владу над людиною, її душею і тілом. Їх потрібно було вигнати чи задобрити, виконавши їхні бажання, внаслідок чого хворий мав відчуття полегшення, повернути собі «втрачену» душу і знову ефективно «функціонувати». Не всіх духів і демонів вважали злими: вірили також у духів-покровителів, які вимагали за свою допомогу відповідних жертв чи обрядів. У контакт із надприродними силами вступав лише спеціально підготовлений жрець, особа, яка перебувала у відповідному стані «священства». Лікування, що також було прерогативою відповідного божества, завжди містило деякі елементи психотерапевтичного впливу. Сакралізовані (священні) практики медичної допомоги вважали *сому* (грец. *soma*) — тіло та його стан залежними від *психе* — душі, тобто психіки (у сучасному розумінні). Лікування тіла було невід'ємним від духовного оздоровлення, а саме тіло не вважали чимось малоцінним і другорядним, як потім почали думати, наприклад, християни.

421152e
Із виникненням і розвитком монотеїстичних релігій, у т. ч. християнської, психотерапія як зцілення душі (психіки) зазнала суттєвого перегляду. Місце жерців-цілителів посіли святі, ченці та монархи. Деяких середньовічних королів (Людовіка VI, Філіппа I, Людовіка XI, Генріха I, Едуарда Сповідника) вважали чудотворцями, здатними дотиком лікувати хворих на золотуху, епілепсію, екзему і навіть туберкульоз. Монарх демонстрував свою святість публічно під час коронаційних урочистостей і релігійних свят. Хворі, що не мали змоги безпосередньо контактувати з королем, купували спеціальні цілющі кільця (*anula medicinales*), виготовлені за особливою технологією із золота і срібла, пожертвованого правителем на церковні свята. Королі-цілителі — типова психотерапевтична легенда середньовіччя.

Концепція гріховності та вини (первородний гріх) трактувала особистісні проблеми і психосоматику як заслужене покарання, що зобов'язує до спокутування цієї вини. Психократичний вплив вважали диявольським, і багато з тих, хто стихійно займався психотерапев-

тичною практикою, загинули на вогнищах як чаклуни і відьми.

Важливою духовною процедурою залишалось тлумачення снів, що набуло у християнстві нових форм. За середньовічними уявленнями, сні відображали пригоди душі, яка тимчасово звільнилася від тіла. За їх тлумаченням зверталися до віщунів, яких поділяли на три типи: «народних», які консультували людей на міських і ярмаркових площах; «знавців», які черпали свої знання зі спеціальних книжок і приймали відвідувачів удома або в храмах; «теоретиків», що писали трактати про значення снів, підкріплюючи свої міркування прикладами з практики.

Засновником християнського вчення про сні був Тертулліан, який у трактаті «Про душу» класифікував їх на пророчі (від Бога), гріховні (від диявола), еманції душі та екстатичні, спричинені сакральними контактами напередодні великих релігійних свят. Взірцем християнських медитативних практик середньовіччя вважають трактат «Сповідь» Августина Блаженного.

Поширеною практикою психологічної допомоги в той час був *екзорцизм* — вигнання злих духів. Людей із психічними розладами вважали одержимими. Священники і монахи розробили систему процедур, що мали захистити їх від нечистої сили і повернути їм душевну рівновагу та здоровий глузд. Деякі з цих прийомів були досить ефективні у лікуванні істеричних та депресивних симптомів, хоча сила впливу залежала насамперед від настрою оточення, віри хворого та духовного, релігійного авторитету екзорциста.

Із розвитком європейського суспільства християнські священники набули досвіду надання психологічної допомоги. Тепер можна стверджувати про успішне функціонування релігійних форм психотерапії, наприклад святоотцівської, найпоширенішої у християнському світі. Однак релігійно-пастирська модель психологічної допомоги не змінила теоретичних основ більшості сучасних психотерапевтичних шкіл і використовуваних ними психотехнічних прийомів. Етичні принципи і базові комунікативні установки (емпатія, безоцінність тощо) залишаються основною точкою перетину пастирської допомоги та психотерапії. А фундаментальні гносеологічні (пізнавальні) аспекти терапевтичної діяльно-

сті навіть у роботах найвідоміших священників-психотерапевтів, таких як Пауль Тілліх і Ролло Мей, вільні від релігійних ідей і церковних правил.

Формування наукової психотерапії

Психологія і психотерапія як науки постали в добу Просвітництва. У XVIII ст. вчені звернули увагу на несвідомі причини симптомів психічних і психосоматичних захворювань. Психотерапевтична проблематика того часу мала психоаналітичну специфіку. Несвідому активність розглядали в контексті *магнетизму* — особливої психічної активності, зумовленої дією *флюїдів* — психічного струму, сигналу, які надсилає людина. Флюїди може виділяти гіпнотизер або, вважалось, вони спонтанно продукуються під час психотерапевтичної взаємодії. Явища навіювання і гіпнозу стали підґрунтям для використання (пізніше — дослідження) *рапорту* (франц. rapport — повідомлення, відношення, зв'язок) — позитивних емоційних стосунків і взаєморозуміння між людьми, за допомогою якого феномен психодинамічного впливу було включено у сферу раціонального (не метафізичного) вивчення.

XIX ст. ознаменоване двома важливими для психотерапії відкриттями: сексуальності та психосоматичної конституції індивіда. Цілісна психодинамічна теорія французького психолога П'єра-Марі-Фелі Жане (1859—1947) стала передумовою не тільки фрейдівських топічних і структурних моделей психіки, а й безпосередньо вплинула на концепцію екстра/інтроверсії К.-Г. Юнга, вчення А. Адлера про неповноцінність та ін. Численні явища, і раніше відомі лікарям, священникам, психологам, — психічний автоматизм, нав'язливість, зцілення вірою — одержали нове пояснення у світлі дослідницької установки Жане, яку можна назвати психологічним аналізом і синтезом. П.-М.-Ф. Жане систематизував багатомірне поле несвідомих феноменів, обмеживши його єдиною *семіосферою* — відмежованим, гетерогенним знаковим простором, поза яким психотерапевтичні цілі та цінності не існують і не діють.

У цей час на американському континенті поширились одразу дві концепції: біхевіоризм (учення про

поведінку, яке стало основою біхевіоральної психотерапії) і започаткований американським філософом Вільямом Джеймсом (1842—1910) прагматизм. Позиція В. Джеймса про «радикальний емпіризм» (досвід як головний критерій пізнання) суттєво прислужилася в розвитку в XX ст. екзистенційної та гуманістичної психотерапії.

У Європі в XIX ст. розпочалися історико-культурні дослідження (Франція), які відтак стали опорою психології ментальностей, тобто вивчення унікальних лінгвокультурних детермінант розвитку та функціонування особистості. У Німеччині набула розквіту експериментальна психологія, а далі — гештальтпсихологія, з якої у XX ст. багато запозичив засновник гештальттерапії Ф. Перлз.

Виникнення психотерапії припадає на початок XIX ст., коли німецький учений Йоганн-Крістіан Хейнрот із Лейпцига був призначений на посаду професора психотерапії (1811). Фактично психотерапією тоді вважали неврологію і психіатрію. У цих галузях фахівці розробили перші психотерапевтичні рекомендації. Неврологом був З. Фройд, психіатрами — К.-Г. Юнг, Л. Бінсвангер. Та лише у XX ст. психотерапія виокремилася в повноцінну наукову дисципліну.

За час її розвитку сформувалося багато варіантів і форм теорії та практики психотерапевтичної допомоги. Фахівці Європейської асоціації психотерапевтів (ЕАР) об'єднують їх у такі основні групи:

1) психоаналітична психотерапія — форми психотерапії, які можна вивести з глибинних психологічних теорій Фрейда, Юнга та ін.; розглядає життєві проблеми як наслідки неусвідомлених конфліктів та аспектів розвитку;

2) когнітивна і поведінкова терапія — форми психотерапії, які опираються на теорії навчання і когнітивну психологію; життєві проблеми виводить із неправильного навчання і мислення;

3) гуманістична психотерапія — зосереджується на потенціалі людського розвитку; життєві проблеми розглядає як блокаду почуттів;

4) системна психотерапія — на підставі загальної теорії систем убачає причини життєвих проблем у порушенні функцій у системі або групі, до якої належить особа;

5) екзистенціальна психотерапія — форми психотерапії, основою яких є екзистенціальна і феноменологічна філософія; життєві проблеми пояснює недоліком ясності розуміння умов людського існування.

Традиційно історію психотерапії прийнято починати із психоаналізу.

1. Психоаналітична терапія. Датою виникнення психоаналізу вважають 1895 р., коли молодий віденський лікар Зигмунд Фройд (1856—1939) після численних спроб удосконалити техніку гіпнотичного лікування хворих на неврози відкрив *метод вільних асоціацій*, суть якого полягає в тому, що пацієнт називає перші слова, які спадають йому на думку у зв'язку з власними роздумами чи у відповідь на репліки психоаналітика. Інтерпретуючи їх, Фройд виявляв несвідоме значення слів, учинків та продуктів уяви (сновидінь і фантазій) і пояснював, як цей прихований зміст пов'язаний із хворобливими симптомами. Надалі психоаналітичне тлумачення охопило і такі результати людської діяльності, в яких попередня асоціативна робота була зайвою (художні твори, філософські та релігійні ідеї, соціальні інститути, звичаї, моду, мову тощо). З методу дослідження і лікування психічних захворювань психоаналіз поступово перетворився на універсальну форму культурної практики, науковий статус якої довго спричиняв гострі суперечки.

Найчастіше психоаналіз критикують за відсутність можливостей верифікації (перевірки) одержаних за його допомогою практичних і теоретичних результатів. Англійський психолог Ганс-Юрген Айзенк (1916—1997) заперечував терапевтичний ефект психоаналітичного лікування, запевняючи, що пацієнти психоаналітиків видужують набагато рідше, довше і гірше, ніж ті, хто лікується за допомогою інших методів.

3. Фройд називав психоаналізом не тільки спосіб дослідження психічних процесів і заснований на ньому метод лікування невротичних розладів, а й психологічні концепції, що виникли на його підґрунті. Пояснення і лікування душевних хвороб у процесі психоаналізу можливі завдяки особливим відносинам, що складаються між аналітиком і пацієнтом. Основними терапевтичними чинниками слугують інтерпретації вільних асоціацій,

сновидінь, психологічних захистів, трансферентних реакцій.

Психоаналіз як найвпливовіша психотерапевтична школа має багато форм, напрямів і розгалужень. Наприкінці 30-х років ХХ ст. почали формуватися егопсихологія, неофройдизм, теорія об'єктних відносин з відповідними психотерапевтичними особливостями. Найбагатшими теоретично були британські психоаналітичні школи, які зосереджувалися на аналітичному вивченні дитинства. Із тих напрямів лише неофройдизм не створив серйозної школи психотерапії — більшість його представників були радше теоретиками, орієнтованими на аналіз історичних і суспільних явищ.

Теорія і практика психоаналізу з часом зазнали певних змін. До найрадикальніших удався учень, послідовник і опонент З. Фройда, французький психіатр, засновник структурного психоаналізу Жак Лакан (1901—1981), що запропонував принципово нові уявлення про мовну природу несвідомого і лінгвістичні основи терапії. Лакан сформулював нове розуміння особистості як спочатку розщепленої, подвійної істоти, що набуває бажання унаслідок своєї символічної природи, тобто насправді суб'єкт не знає, чого саме він хоче (бажає), і тільки культура, звичаї йому це роз'яснюють. Це розщеплення відбувається на початкових стадіях психічного розвитку дитини, а роль становлення цілісності («стадії дзеркала») істотно відрізняється від фройдівського трактування несвідомої детермінації життєвого шляху раннім дитячим досвідом. Водночас Лакан проголошував, що сучасні йому психоаналітики дуже захоплені проблемами соціальної адаптації своїх пацієнтів, забувають про основне завдання психоаналізу — дослідження несвідомого.

Прикладом семіотичного трактування психотерапевтичної практики може слугувати аналітична психотерапія швейцарського психолога Карла-Густава Юнга (1875—1961). Його підхід ґрунтується на переконанні, що більш відповідною аналітичному досвіду є сфера образу, а не мови. Юнг і особливо його учень, засновник архетипічної психології американець Джеймс Хілман (нар. 1926) розглядали образи як базовий, первинний шар психічної реальності. Архетипи-прототипи як основа колективного несвідомого є передумовами і дже-

релами діяльності людської душі. На думку Юнга, такі універсальні образи зумовлюють проекцію індивідуальних комплексів, загальноособистісні проблеми, пов'язані з архетипом. В образах утілюються *символи* — специфічні форми знакового виразу вищої, принципово не знакової суті. На відміну від точного і кінцевого знака символ має безліч значень. Ірраціональний за своєю суттю, він відповідає природі несвідомого. Символ завжди потребує інтерпретації, основаної на натхненні та інтуїції, його значення неможливо безпосередньо представити або вивчити напам'ять. Проте *символічний відгук* (спілкування за допомогою символів) неможливий без апеляції до образу, і саме аналітична психологія пропонує продуктивні форми роботи з образами, що впливають із несвідомого.

Індивідуальна психологія і психотерапія австрійського психолога і психіатра Альфреда Адлера (1870—1937) — менш поширений напрям, ніж класичний психоаналіз чи юнгіанство. Проте уявлення про неповноцінність як основний рушій розвитку особистості, ідею соціального інтересу як базового конструкта суспільних відносин, тезу про цілісність індивіда запозичило з нього багато шкіл психотерапії, навіть далекі від психоаналізу.

2. Когнітивні і поведінкові підходи. Вони виникли як альтернатива психоаналітичним. Гештальттерапія, екзистенціально-гуманістичні підходи, когнітивна психотерапія роблять основний акцент на процесах усвідомлення власних почуттів, автоматичних думок і установок. Відчуття і поведінка стають предметом прискіпливого свідомого аналізу з метою переглянути автоматичні реакції і відмовитися від небажаних почуттів, дій і вчинків.

3. Гуманістична психотерапія. Цим терміном називають авторські напрями, що виникли у 60-ті роки ХХ ст.: клієнт-центровану терапію, логотерапію Віктора-Еміля Франкла (1905—1997), терапію на основі ідеї самоактуалізації Абрахама Маслоу (1908—1970), групову роботу Ірвіна Ялома (нар. 1931) та ін. Основна їх ознака — впевненість у позитивній, схильній до добра природі людського ества, яка може реалізуватися за сприятливих умов виховання і розвитку особистості. Наприкінці 90-х років ХХ ст. гуманістичні напрями

активно знаходили багато прихильників у пострадянських країнах, але невдовзі цей інтерес згас.

4. Системна сімейна терапія. Це впливова психотерапевтична традиція, започаткована у 80-ті роки ХХ ст. італійськими й американськими психологами — В. Сейтер, Карлом Вітакером (1912—1995) та М.-С. Палазоллі. Реалізується вона як групова форма терапії, в якій беруть участь одночасно кілька осіб — сім'я, близькі люди, тобто система значущих взаємин. На сучасному етапі популярна теорія сімейних розстановок Б. Хелінгера.

5. Екзистенціальна психотерапія (дазейн-аналіз). Започаткована європейськими психіатрами Людвігом Бінсвангером (1881—1966) та Медардом Боссом (1903—1990). Екзистенціальний підхід можна кваліфікувати як філософську психотерапію, бо він ґрунтується на розумінні та прийнятті всіх особливостей та умов людського існування. Застосовують дазейн-аналіз здебільшого психіатри, як правило, при важких розладах і порушеннях особистісного функціонування.

Отже, передісторія психотерапії починається з давніх часів, коли психічні розлади і психологічні проблеми трактували як втрату душі або враженість злими демонами. Одним із методів лікування було розуміння і виконання бажань (у т. ч. несвідомих, таємних) хворого, тобто злого духу, яким він одержимий. Первісна медицина добре розуміла роль особистості цілителя в терапії і практикувала складні ритуали, під час яких послідовно будували і руйнували стосунки. Храмове цілительство в античні часи, середньовічний екзорцизм і релігійна психотерапія оперували багатьма прийомами і процедурами, тобто психотерапевтичними техніками (тлумачення сновидінь, робота з метафорою, символічне і пряме реагування, асоціативні та імагінативні (образні) методи тощо).

Упродовж європейської історії психотерапевтична діяльність не виокремилась у самостійну практику, її здійснювали переважно в контексті релігійних обрядів. У XVIII—XIX ст. виникли передумови для розвитку наукових основ психотерапії. Першою її фундаментальною школою став психоаналіз, від якого в середині ХХ ст. відокремились глибинно-психологічні напрями. Водночас розвинулись когнітивні, біхевіоральні та

гуманістичні підходи. Сучасне предметне поле психотерапії, яке утворюють кілька напрямів, класифікують за різними критеріями.

1.3. Мета, завдання і принципи діяльності психотерапевта

Надати психотерапевтичну допомогу у розв'язанні проблем можна різними способами, так само, як і допомогти особистісному та професійному зростанню клієнта (характерніше для психологічного консультування, яке обмежується менш суттєвим і більш «технологічним» втручанням у внутрішній світ людини).

Мета і завдання психотерапії

Представники різних напрямів психотерапії по-різному характеризують завдання своєї роботи. З. Фройд писав, що психодіагностична терапія — це звільнення людини від її невротичних симптомів, обмежень і аномалій характеру. К.-Г. Юнг визначив її як сприяння процесу індивідуації, особистісного зростання. Р. Мей вважає найважливішим розвиток людської свободи, індивідуальності, соціальної інтегрованості і духовної глибини. О. Кернберг та М. Кляйн працюють із проблемами об'єктних відносин, Х. Кохут досліджує процес розвитку і становлення Самості (сутності людського Я), Е. Еріксон трактує особисті проблеми як порушення психосоціальної ідентичності. Ф. Перлз навчає усвідомлення, А. Менегетті — уміння слухати голос власної сутності (ін-се). Л. Вінсвангер прагне зрозуміти унікальність буття людини у світі на основі аналізу екзистенціального апіорі її існування. Е. Берн досліджує маніпуляції та ігри у стосунках людей, описує життєві сценарії, які діти успадковують від батьків. В. Райх і О. Лоуен зосереджуються на тілесних корелятах невротичних порушень. Ж. Лакан навчає символічного конституювання і обмежує прояви Уявного; В. Сейтер усуває неконгруентність у поведінці. В.-Е. Франкл сприяє процесу знаходження сенсу людського життя, І. Ялом

допомагає звільнитися від екзистенціальної залежності, Н. Пезешкіян навчає бачити позитивні аспекти життєвих подій, П. Тілліх — мужності бути.

Загальною метою психотерапії є допомога особистості в межах її запиту. Допомога може полягати у лікуванні невротичних симптомів, актуалізації резервів особистісного зростання чи в подоланні труднощів, що перешкоджають людині жити і відчувати себе щасливою. У процесі спілкування запит може трансформуватися — доповнюватися, розширюватися, конкретизуватися, але будь-які зміни завжди потребують спільного обговорення і згоди клієнта.

У кожній школі свої уявлення про конкретні завдання терапевтичного впливу. Так, представники глибиннопсихологічних напрямів вважають, що на життя пересічної особи впливають несвідомі і неусвідомлювані чинники, зокрема травми та враження раннього дитячого досвіду, захисні механізми, комплекси тощо. Терапевт-аналітик має спрямувати зусилля на усвідомлення клієнтом таких обставин, а терапевтичний ефект залежить від рефлексивних здібностей індивіда, які психотерапевт спрямовує і заохочує.

Тілесна терапія орієнтована на соматичні кореляти психологічних проблем. Невротичні симптоми відображаються у певних ділянках тіла, заблокованих і сповнених болю. Спеціальні вправи, робота з тілом допомагають усунути біль, зняти блоки і тим самим сприяють розв'язанню проблем та лікуванню неврозу.

Гуманістичні напрями розглядають людину як апріорно позитивну, добру і творчу істоту. Її невротичність, негативні риси зумовлені заблокованими перспективами розвитку, несприятливими умовами існування, неможливістю задовольняти вітальні та екзистенційні прагнення. Тому основними цілями терапії мають бути підтримка особистісного потенціалу, доброзичливе сприйняття, заохочення творчості. Провідним вектором психотерапевтичного впливу є *самоактуалізація* — реалізація всіх особистісних можливостей і здібностей. Натомість представники гештальттерапії вважають, що процес особистісного зростання і самоактуалізації не потребує спеціального заохочення або стимулювання. Досягнути гармонії та задоволеності життям можливо і за рахунок *просвітлення* — особливого настрою свідомості у стані «тут-і-тепер».

Екзистенціально-гуманістичний підхід поєднує психоаналітичні уявлення про причини неврозів з ідеєю прийняття обставин та реалій життя, як це властиво логотерапії чи гештальту. Основна мета полягає в реконструкції життєвого світу клієнта, в який терапевт входить без жодної критичної установки як доброзичливий спостерігач. Він забезпечує взаєморозуміння і підтримує життєві зусилля пацієнта, не впливаючи на їх спрямованість і мотиви.

Когнітивна терапія застосовує комп'ютерну метафору, тобто розглядає психіку як високоспеціалізований апарат для опрацювання інформації. Якщо він несправний, потрібно налаштувати перебіг інформаційних процесів, стабілізувавши когнітивне функціонування індивіда.

Поведінкова психотерапія зводить допомогу до модифікації поведінки, тренує, інколи навіть дресує навички та вміння людини.

Отже, психотерапевти можуть досягати мети через реалізацію різних завдань, які певною мірою доповнюють і збагачують одне одного. Проте є суттєва розбіжність між конкретними способами і прийомами їх досягнення, техніками спілкування і засобами терапевтичного впливу. На цій підставі виникає конкуренція між представниками різних напрямів. Попри це психотерапія має єдине предметне поле, зцементоване метою допомогти людині подолати її психічні проблеми.

Базові принципи психотерапії

Надання психологічної допомоги має свої особливості. Основна з них полягає в тому, що клієнт (пацієнт) має повністю довіряти психотерапевту. Для налагодження між ними відкритих і захищених відносин розроблено систему організації психотерапевтичної взаємодії, яка ґрунтується на таких принципах:

1. **Конфіденційність.** Жоден клієнт не хотів би, щоб його особисті проблеми обговорювали сторонні люди, особливо коли йдеться про інтимні аспекти стосунків і буття. Крім того, можливе зловживання одержаною інформацією особами, до яких вона потрапила випадково чи вони спеціально оволоділи нею. Професійний психотерапевт ніде і ніколи не розголошує прізвищ своїх

клієнтів. Навіть у власних нотатках він має користуватися скороченнями або псевдонімами, які унеможливають ідентифікацію особи. Наводячи приклади у лекціях чи статтях, також слід дотримуватися цього принципу. Професійні асоціації та об'єднання виключають зі свого складу психотерапевтів, які порушили його.

2. Безоцінність. Людину, яка звертається за допомогою, не можна сприймати як інтелектуально обмежену, неповноцінну чи хвору, ставитися до неї упереджено. Адже психотерапевтична допомога — це послуга, яку фахівець надає за гроші, а клієнт — особа, яка не володіє певними навичками психічної саморегуляції. Більшість клієнтів побоюються, що відвертість перед терапевтом неминуче призведе до знецінювання їх особистості, засвідчить їхню слабкість. Тривога і почуття провини, які супроводжують звернення до психотерапевта, хоча і мають ірраціональний характер, але від цього не зменшуються. Тому на першій зустрічі терапевт має запевнити відвідувача у своїй цілковитій безоцінності. Серед клієнтів трапляються злі, жорстокі, розбещені люди, які також потребують допомоги, а їхні негативні якості — наслідок особистісних проблем і неблагополуччя. Психотерапевт не звинувачує, не оцінює і не судить — він допомагає.

3. Емпатія. Цю здатність можна розглядати і як базову установку, і як професійно необхідну якість терапевта. *Емпатія* — вміння відчувати і переживати почуття і стани іншого, емоційне розуміння, когнітивна децентрованість. Вона є одним із найважливіших у психотерапії вмінь. Без емпатійного розуміння важко реалізувати екзистенціально-гуманістичний підхід чи дазейн-аналіз, воно відіграє важливу роль у гештальт-терапії, роджеріанстві.

4. Увага, доброзичливість і терпіння. Ці установки характеризують як загальне ставлення терапевта до клієнта, так і емоційне забарвлення його поведінки під час психотерапевтичної взаємодії.

Базові терапевтичні установки формують кодекс етики психотерапевта. Їх дотримання не тільки полегшує для пацієнта спілкування з незнайомою людиною (психотерапевтом) у складній життєвій ситуації, а й слугує гарантією професійного ставлення до проблем особистості, що звернулася по допомогу.

Особистість психотерапевта

До проблеми особистості психотерапевта можна підійти з двох позицій: описувати вимоги до такого фахівця або аналізувати особистісні якості відомих психотерапевтів на основі їхніх творів чи спогадів соратників. Із них постають аскетичний З. Фройд, гедоніст Ф. Перлз, філософ-відлюдник К.-Г. Юнг, епатажний Ж. Лакан, веселун Дж. Хейлі, манірна М. Кляйн, майстер парадоксів М. Еріксон. Однак другий підхід зумовив би багато суперечностей — надто вже різними особистостями були класики цієї науки.

Серед вимог до терапевта найважливішою є *автентичність* (грец. *authentikos* — справжній) — здатність бути собою, не змінювати своєї істинної сутності з огляду на кон'юнктуру. Справжній фахівець має бути впевненим у собі настільки, щоб не вдаватися до маніпуляцій, хитрих стратегій самопрезентації, не створювати ефекту всемогутнього мудреця. Він завжди самототожний і щирий, справжній і відвертий, бо саме цих якостей не вистачає його клієнтам. Неможливо навчати інших того, чого не вмієш сам, бо клієнти завжди помічають слабкі місця терапевта. А втрачена довіра підриває професійну репутацію.

Необхідна якість — *конгруентність* (лат. *congruentia* — відповідність) — здатність правильно і точно реагувати на слова і дії клієнта, «віддзеркалювати» його прагнення і наміри. Вона виявляється у вмінні ставити точні запитання, не поспішати і не відставати з інтерпретаціями, своєчасно підтримувати клієнта чи, навпаки, вступати в конфронтацію з його діями і думками. Ця риса ґрунтується на емпатійності і толерантності. Здебільшого саме конгруентність визначає перше враження від терапевта і впливає на прийняття клієнтом рішення про те, чи варто мати з ним справу.

Важливу роль у професійній діяльності відіграють мовленнєві навички. Як стверджує вітчизняний психолог Олександр Бондаренко, ефективність мовлення психотерапевта забезпечують: зрозумілість, красномовність, семантична насиченість, особистісна зацікавленість, ритмічність, впливовість.

Емоційно нестабільні, невротичні клієнти за допомогою терапії сподіваються досягти рівноваженості та

гармонії. Тому психотерапевт має бути гармонійною особистістю. Це стосується зовнішності, вбрання, рухів, стилю спілкування, інтер'єру кабінету, де він здійснює терапію.

Терапевт повинен дотримуватися класичного стилю в одязі, не зловживати косметикою, прикрасами і побутовими гаджетами. Оформлення кабінету має свідчити про надійність, упевненість у собі і професіоналізм фахівця, який там працює. На столі не має бути зайвих речей, особливо особистих (фотографій близьких, сувенірів із написами тощо). Дехто вивішує на стінах нагороди і дипломи — це поганий тон.

Якщо терапевт має на столі комп'ютер, то зона, в якій він розмовляє з клієнтами, має бути відмежована. Неприпустимо вести бесіду, коли між аналітиком і пацієнтом стоїть монітор або ноутбук; ці прилади можна вмикати тільки тоді, коли сеанс закінчився і клієнт вийшов з кабінету. Диктофонний запис сесій відбувається за обопільної згоди.

Бажано мати пісочний годинник на 55 хвилин (це класична тривалість сесії, запропонована З. Фройдом), але він повинен стояти перед аналітиком, а пацієнт може поглянути на нього лише після закінчення. Можна використовувати і звичайний настінний годинник, розміщений за тим самим принципом.

Значну роль відіграє також вік психотерапевта: такий фахівець не може бути молодим. Навіть дуже успішних і старанних юнаків та дівчат клієнти не сприймають у цій ролі, якщо їм менше тридцяти. Пересічні люди вважають, що тільки після сорока років людина має достатній досвід для того, щоб допомагати іншим.

Однак вік не повинен бути перешкодою для роботи. На Заході стандарти професійної підготовки психотерапевта передбачають навчання і стажування впродовж 10—15 років — отже, фахівець починає самостійно працювати у 30—32 роки. Вітчизняні молоді спеціалісти можуть починати свою діяльність із тренінгової роботи, працювати у соціальних службах або з підлітками, вести групи особистісного розвитку, поступово накопичуючи досвід.

Отже, взірцевий психотерапевт — це спокійний, врівноважений фахівець середнього віку (або старший),

який має ґрунтовну професійну підготовку, дотримується етичних принципів психотерапії. Такій людині властиві правдивість, автентичність і внутрішня гармонія. Вона класично вдягається, поважно поводить себе, досконало володіє мовою і справляє враження інтелектуальної респектабельності.

1.4. Феномени психотерапевтичного процесу

У процесі психотерапії виникають певні явища, властиві лише психотерапевтичній взаємодії. Більшість із них зумовлена особливими взаєминами, які складаються між терапевтом і клієнтом. Психотерапевтичні відносини визначаються двома основними аспектами: свідомим терапевтичним альянсом і трансфером (переносом), сутність і нюанси якого усвідомлюються під час терапії.

Поняття «терапевтичний альянс» у психоаналізі використовують на позначення раціонального, нетрансферентного ставлення пацієнта до процесу лікування і постаті аналітика. Форми співробітництва і взаємні зобов'язання клієнт і терапевт обговорюють перед початком лікування. Психоаналітик попереджає про значну тривалість терапії, труднощі, що можуть виникнути під час роботи, і пояснює, як відбуватиметься її завершення. Пацієнт має бути готовий до ґрунтовного і докладного обговорення будь-яких, навіть найінтимніших моментів свого життя і знати, що не повинен переривати аналітичну роботу в односторонньому порядку на власний розсуд. Якщо клієнт і аналітик досягають згоди, вони підписують терапевтичний альянс.

Терапевтичний альянс (франц. *alliance*, від *allier* — з'єднувати) — контракт між психотерапевтом і клієнтом щодо того, яку саме проблему буде розв'язано в процесі терапії і який результат за спільною згодою можна вважати задовільним.

Терапевтичну угоду укладають, як правило, стосовно однієї актуальної проблеми (рідше двох чи трьох взаємопов'язаних між собою проблем). Наприклад, клієнта непокоїть його нерішучість у соціальних контактах

чи ірраціональні страхи щодо здоров'я і добробуту близьких. Або прагматичне питання: як зробити так, щоб чоловік регулярно приносив зарплату додому? Жінка, що нарікає на низьку успішність сина в навчанні і хоче отримати пораду щодо цього, не сподівається, що аналіз зачепить порушення внутрісімейних комунікацій і болючу, ретельно приховувану проблему її емоційної і сексуальної невдоволеності в подружніх стосунках. До глибокого аналізу несвідомих аспектів свого життя клієнт не готовий і не відчуває потреби обговорювати власні імпульси і мотиви. Здебільшого він намагається обмежити терапевтичне втручання.

Клієнта потрібно завчасно попереджати про ступінь глибини аналітичного втручання і про те, в чому полягає терапія і на чому вона ґрунтується. Як правило, після цього багато хто вагається, чи починати лікування взагалі, але зазвичай перемагає бажання розібратися в собі і отримати допомогу. Успішному створенню робочого альянсу сприяють акцентування уваги на конкретній психологічній теорії, яку планує використати психотерапевт, пояснення того, яку роль у формуванні конкретної поведінки особистості відіграє несвідоме — як приховані, не зовсім усвідомлювані або не визнані бажання і мотиви, так і більш глибокі утворення складної символічної природи. Варто сказати клієнтові про те, що після чітко висловленої заборони обговорювати певні аспекти його внутрішнього досвіду аналіз буде перервано і терапевтична робота продовжиться тільки з його дозволу.

Доброзичлива увага до подробиць життя клієнта, професіональне аналітичне вислуховування, інтелектуальна досконалість інтерпретаційних технік сприяють формуванню міцного терапевтичного альянсу.

Відносини, що виходять за межі терапевтичного альянсу, становлять явище трансферу.

Трансфер (лат. *transfero* — переносу) — явище перенесення на психотерапевта емоційного ставлення пацієнта до близьких людей.

Особливість трансферу полягає в тому, що пацієнт переносить на терапевта певні почуття, установки, очікування, пов'язані, як правило, зі значущими фігурами дитинства, тобто підсвідомо сприймає психотерапевта як прискіпливого батька або люблячу чи, навпаки, жор-

стоку і холодну матір та інтерпретує його поведінку в тому контексті, який потрібно досліджувати.

Трансфер може бути позитивним (і навіть еротизованим, коли клієнт закохується у терапевта) чи негативним — у цьому випадку виникає загроза руйнування терапії.

Існує також феномен контрпереносу — «зворотного» трансферу, неусвідомлених нюансів ставлення аналітика до пацієнта. Ці явища властиві будь-яким терапевтичним відносинам, навіть тоді, коли терапевт працює в неаналітичних парадигмах. Несвідоме завжди наповнює до втручання у психотерапевтичний процес.

Окрім універсальних для всіх видів терапії феноменів, пов'язаних із відносинами, часто спостерігаються такі явища, як регресія, відреагування (acting out — дія зовні), грубий опір і негативна терапевтична реакція. Усі вони вперше описані в межах психоаналітичної традиції.

***Регресія** (лат. regressio, від regredior — повертаюсь) — намагання людини захиститися від серйозної загрози її життєвим цінностям або психічному і фізичному здоров'ю шляхом повернення на попередні етапи розвитку.*

Це явище спостерігається і в повсякденному житті. У складних життєвих ситуаціях люди «впадають у дитинство», після тяжких втрат кидають роботу, перестають дбати про свій зовнішній вигляд, стають пасивними, починають вживати алкоголь. Особистісна чи професійна регресія може бути частиною проблеми, з якою клієнт, власне, і звертається по допомогу, або виникати безпосередньо у процесі терапії. Розв'язати її можна тільки за допомогою психоаналітичного підходу.

***Відреагування** — дії, адресовані психотерапевту, які клієнт із різних причин (страх, повага, несміливість, трансферентна закоханість) спрямовує на своє оточення.*

Найтиповішою є невмотивована агресія щодо родичів або друзів, яка з'являється у клієнта на перших етапах терапії. Його слід обов'язково про це запитувати і за потреби обговорювати в процесі терапії.

***Грубий опір** — поведінка клієнта, яка проявляється у порушеннях графіку (сетингу) терапевтичної роботи (спізненнях, пропусках сеансів тощо) або впертому мовчанні.*

Він може бути спричинений невдоволеністю терапією, в окремих випадках — сильним неусвідомлюваним страхом.

Негативна терапевтична реакція — прояви поведінки клієнта, пов'язані з його небажанням закінчувати терапію.

Вона зумовлена тим, що впродовж певного часу відносини з терапевтом стали значущими для пацієнта, а сама процедура — цінністю або просто приємним способом структурування часу. Щоб запобігти закінченню психотерапії і продовжити відносини, клієнт вдає різке погіршення свого стану або повернення труднощів, сподіваючись, що робота з ним продовжиться. Подолати негативну терапевтичну реакцію можна, попередивши клієнта про цей ефект і ґрунтовно обговоривши його.

У процесі психотерапії можливі й інші різноманітні явища. Кожен терапевт поступово набуває досвіду їх подолання, іноді й на власних помилках.

1.5. Методологічні основи психотерапевтичного впливу

Основний масив психотерапевтичного знання сформувався впродовж XX ст. Спочатку практична діяльність терапевтів ґрунтувалась на положеннях фрейдівського психоаналізу, згодом, після Другої світової війни, паралельно з розвитком глибинно-психологічних теорій почали формуватися альтернативні підходи (когнітивний, гуманістичний), які майже не переймалися необхідністю методологічного аналізу своєї практики. Особливо нехтувала методологічним аналізом американська психотерапевтична традиція, де особисту харизму терапевта вважали чи не єдиним фактором ефективності підходу і відкидали будь-які зауваження щодо його теоретико-методологічних засад (М. Еріксон, Дж. Хейлі та ін.). До початку 90-х років XX ст. теоретична вседозволеність і еkleктика майже офіційно панували у сфері психотерапії. І тільки семіологічна стратегія дослідження механізмів психотерапевтичного впливу допомогла змінити справу на краще.

Методологічна рефлексія у психотерапії

Для психотерапії особливе значення має теоретико-методологічний аналіз, тобто виокремлення основних теоретичних засад дослідження, його об'єкта, предмета та методів пізнання. Це дає змогу відмежувати наукову психотерапію від численних паранаукових форм і методів впливу на особистість та психіку: екстрасенсорного цілительства, чаклунства і ворожби, астрології, магії тощо, які теж позиціонують себе як методи психотерапевтичної допомоги і формують у свідомості людей негативний образ психотерапевта-фахівця. Науковий психотерапевт відрізняється від шахрая тим, що може відрефлексувати і докладно описати механізми свого впливу, не звертаючись при цьому до надприродних явищ і чинників.

Психотерапевт не впливає безпосередньо на факти (властивості, події і процеси в реальності), він може змінити лише їх інтерпретацію, розуміння і ставлення до них, бо має справу з образом або моделлю навколишньої дійсності, яка визначає життєдіяльність і буття клієнта у світі. Значною мірою це залежить і від *ментальності* (лат. *mentis* — розум, мислення) особистості, манери відчувати і думати, стійких способів опису і розуміння речей, явищ та подій. Вона передається від покоління до покоління у лінгвокультурній спільноті, до якої належить людина. Проте, засвоюючи загальноприйняті системи уявлень (групові характеристики, моделі), люди завжди привносять у них індивідуальні, суб'єктивні компоненти. У кожного свій образ реальності, своя картина світу і своє розуміння того, як він влаштований і яким у ціннісно-сенсовому плані він є. Образ світу і ставлення людини до нього суто індивідуальні. Такий образ є індивідуально-своєрідною концепцією світу і себе в ньому, тобто *суб'єктивною психічною реальністю індивіда*. Наприклад, психічна реальність депресивної особи сповнена сумних і загрозливих подій, безвиході і туги; у психотика вона не збігається з реальністю інших, до того ж її практично неможливо змінити. У будь-якому акті людської поведінки і діяльності виражається психічна реальність. Розповідь про себе і своє життя є універсальною формою об'єктивації психічної реальності індивіда.

Більшість людей не розрізняє суб'єктивної психічної реальності і об'єктивної дійсності. Вони приймають за істину те, що думають і відчувають, не відрізняють фактів від інтерпретацій і щиро переконані, що лише одне (власне) трактування подій є правильним. Психотерапевт має вміти змінювати суб'єктивну реальність і внаслідок такого втручання разом з уявленнями змінювати почуття людей, їхні думки і дії.

У процесі терапії відбувається «перегляд» моделі навколишньої дійсності клієнта. Психологічна допомога полягає в зміні уявлень людини про світ і себе, завдяки чому вона може, одержавши нові знання, виробити продуктивніші думки та установки, сформувати ефективніше й адекватніше ставлення до людей, речей і подій. Змінюючи модель дійсності, психотерапевт не тільки впливає на актуальний досвід, а й може досягти більш позитивного осмислення минулого.

Отже, дієвий механізм психотерапії — це трансформації моделей, концептів, сенсів і значень, що становлять простір індивідуального досвіду. Активний *семіозис* (зміна колишніх значень і породження нових) є суттю психотерапевтичної діяльності. Цілеспрямована зміна системи значень і особистісних сенсів, представлених в індивідуальному досвіді клієнта, відбувається завдяки формуванню єдиного семіотичного (значеннєвого) простору, структури, зовнішню і внутрішню межу якого контролює психотерапевт. Оперуючи значеннями (асоціативними, непрямими), прояснюючи сенс, пропонуючи інтерпретації, він змінює структуру індивідуального ментального простору, вписаного в сумісний простір психотерапевтичної взаємодії.

Наука про значення і сенси — *семіотика* (грец. *semeiotike* — учення про знаки) — є природною методологічною основою аналізу психотерапевтичної діяльності. Окремі складові психотерапії представлені різними семіотичними механізмами: семіотичними трансформаціями індивідуального досвіду або концепту дійсності, *семіотизацією* — означенням раніше не усвідомлюваних фрагментів досвіду; *ампліфікацією* — збагаченням його змісту (особистісних сенсів); *редукцією* травматичних, негативних чи небажаних аспектів досвіду тощо.

Психотерапія як сукупність шкіл і напрямів, об'єднаних метою психологічної допомоги, є специфічною

семіосферою. Зв'язна і структурована психотерапевтична семіосфера забезпечує можливість взаєморозуміння терапевтів різних шкіл і традицій із різним досвідом теоретичного і практичного узагальнення. Вона задає «русла можливої мови» про предмет, цілі і завдання терапевтичної діяльності.

Процес створення психікою концепту навколишньої дійсності, який має знаково-символічний характер, забезпечують два основні джерела знаків і сенсів — мова і культура. Саме вони надають ресурси для функціонування вищих психічних функцій — мислення, пам'яті, свідомості і мовлення. Мова, забезпечуючи можливість існування і виробництва значень, що створюють семіосферу психотерапії, представлена не тільки унікальністю своїх конкретних складових (семантики, синтаксису і прагматики), а й загальними правилами оформлення актів психотерапевтичного діалогу, який відповідає меті психотерапевтичної дії. З допомогою мови люди виражають характеристики і властивості навколишньої дійсності, найтонші відтінки своїх відчуттів і переживань, а також значення і сенси, якими наділяють світ у межах індивідуальної (суб'єктивної) психічної реальності. Культура задає «русла можливої мови» — те, що певна група людей вважає реально існуючим, дійсністю, а також добром або злом, причиною або наслідком, схожістю або відмінністю тощо.

Особлива роль у психотерапії належить мовленню — його статус визначають як «мовлення перед лицем Іншого» (Е. Мунье). Воно є універсальним засобом об'єктивації суб'єктивної психічної реальності індивіда, дає змогу — поки Інший слухає — залучити його до цієї реальності, поділити її зі співрозмовником-психотерапевтом.

Психотерапевтична бесіда — не просто мовлення, а *дискурс* (лат. *discursus* — міркування) — мовлення в контексті життєвого світу, цінностей і значущих стосунків індивіда. Психотерапевтичний дискурс оформлюється за правилами конкретного виду терапії. Психоаналітичний дискурс відрізняється від роджеріанського або дискурсу юнгіанства. Власне психотерапевтичну взаємодію можна розглядати як *дискурсивну практику* —

специфічну форму використання мови для мовлення, за допомогою якого здійснюють вплив на клієнта. А все розмаїття форм, напрямів, шкіл і підходів утворює систему дискурсивних практик, об'єднаних спорідненими принципами.

Аналіз дискурсу у психотерапії

Дослідження дискурсу є пріоритетним напрямом сучасного гуманітарного знання. Аналіз дискурсу як форма епістемологічної (пізнавальної) практики сформувався в 60—70-ті роки ХХ ст. на межі логіки, лінгвістики, психоаналізу і філософії мови. З використанням аудіо- і відеотехніки для фіксування терапевтичних сеансів збільшилися можливості точного і повного сприйняття психотерапевтичного дискурсу, а глибинна психологія, семіотика і лінгвістика сформували комплекс засобів для його аналізу.

Загальну схему аналізу дискурсу визначають цілі та завдання психотерапевтичної допомоги. Для цього терапевтові необхідно володіти навичками аналізу змісту висловлювань клієнта: вміти виокремлювати несвідомі основи особистісних концептів і моделей, на яких ґрунтуються психологічні труднощі та проблеми, а також розуміти лінгвістичні і семантичні механізми продукування висловлювань, у яких відображаються ці проблеми.

Психотерапевтичний дискурс як мовна форма цілеспрямованої соціальної дії звернений до конкретної прагматичної ситуації, від якої залежать його розуміння, зв'язність, комунікативна адекватність, стійкі переваги, а також до ментальних процесів терапевта і клієнта, їхніх суб'єктивних стратегій розуміння і породження концепту реальності. Деякі терапевтичні напрями і підходи обмежені не тільки способами оформлення мовленнєвого акту, а й відповідним тезаурусом (професійним словником), набором провідних метафор, конвенціональними нормами впливу, імпліцитними уявленнями тощо.

Принципи аналізу психотерапевтичного дискурсу не залежать від конкретної психотерапевтичної школи. Їх виокремлення зумовлене специфікою психотерапев-

тичного спілкування, яке визначається розподілом комунікативних ролей і позицій учасників терапевтичного процесу, їх очікуваннями, динамікою мовних ініціатив, черговістю мовлення, слухання і мовчання. До таких принципів належать:

1. Принцип суб'єктності. Цей принцип відновлює в правах суб'єкта, автора і господаря мовної реальності. Суб'єктами психотерапевтичного дискурсу можуть бути не тільки терапевт і клієнт, а й група, діада терапевтів. У деяких напрямках (юнганство, структурний психоаналіз, гештальттерапія, трансактний аналіз) суб'єктами є різні інстанції і підструктури особистості чи психіки. Для терапевта, особливо в аналітичних підходах, дуже важливо з'ясувати, ким насправді є суб'єкт мовлення. «Хто говорить?», «чому?» і «навіщо?» — основні запитання, які ставить собі психотерапевт, слухаючи клієнта. Від відповідей на них залежать стратегія і тактика терапевтичного аналізу. Часто, наприклад, у бесіді зі зрілим чоловіком терапевт чує маленького, розгубленого і невпевненого хлопчика, а голос істеричної і примхливої жінки лунає з вуст зраженої коханим дівчини. Соціальний статус і конкретні життєві обставини клієнта не завжди прямо визначають його суб'єктність.

2. Принцип діалогічності. Він визначає присутність у терапевтичній ситуації Іншого. Уявлення про Іншого відіграє у психотерапії важливу роль. Так називають і несвідому частину особистості, і певний «негативний ідеал», який її водночас лякає та приваблює, а також когось іншого, хто говорить і слухає в екзистенційній ситуації «перед лицем Іншого». Інший буває Інакшим або Чужим. Завжди, коли один співбесідник сказав щось, чого зовсім не мав наміру говорити, а його партнер почув не те, що було вимовлене або взагалі нічого не почув, відбувається роздвоєння учасників діалогу. Присутність Іншого є складовою мовлення будь-якого суб'єкта, причому їх діалог у психотерапії частіше розуміють як протистояння або взаємовиключення, а не взаємодію.

Структура мовлення забезпечує звучання в лінійності мовного ланцюжка ненавмисної поліфонії, через яку і можна виявити сліди несвідомого. Коли клієнт говорить, він використовує мову і як спосіб створення

двозначності, вдаючись до полісемії, омонімії, асоціативних значень, літературних тропів (метафори і метонімії), риторичних фігур. У процесі мовної взаємодії завжди є щось додаткове і непрохане, яке вказує на вторгнення Іншого в діалог.

3. Принцип ідеологічності. Поняття «ідеологія» у цьому контексті фігурує в його основному значенні — як сукупність деяких прихованих ідей, чий не завжди і не повністю усвідомлюваний вплив зумовлює значення висловлювань, що утворюють дискурс. Ідеї як вторинні ознаки дискурсу розташовуються в просторі конотативної семантики висловів (наявності в них додаткових значень) і мають приховані значення, здатні довільно замінити і витіснити явні (очевидні). У психотерапії мистецтво аналітика має перевершувати здатність клієнта «жонглювати» прихованим значенням свого дискурсу, інакше терапевт не зможе реалізувати стратегію впливу і рано чи пізно опиниться в полоні несвідомих намірів співбесідника. Багато терапевтичних сеансів стають безрезультатними саме з цієї причини.

Вивчення способів ідеологічної «деформації» дискурсу клієнта дає змогу аналітикові намітити кінцеву мету терапії. Враховуючи конотативні значення, терапевт краще розуміє несвідомі ідеї (сенси, мотиви), приховані в дискурсі пацієнта, і може прямо вказати на них, здійснивши демістифікацію спільного дискурсивного простору.

4. Принцип інтенціональності. Він вимагає розуміння різноманітних інтенцій клієнта. У людській природі закладено багато прагнень і бажань, які не можна задовольнити одночасно. Крім антагонізму окремих прагнень, існують і суперечності між свідомими та неусвідомлюваними цінностями і бажаннями. Все це відображається у мовленнєвих інтенціях клієнта. Як правило, навіть невеликі фрагменти дискурсу можуть містити кілька різних, часто протилежно спрямованих і навіть взаємовиключних намірів та прагнень. Процес витіснення визначає основні суперечності, пов'язані з бажанням клієнта одночасно виказати і приховати важливі обставини, пов'язані з його особистістю та історією життя.

У процесі аналізу психотерапевтичного дискурсу дифузна кількість висловлювань зводиться до позиційної єдності. Таке перегрупування відповідає певній

«точці зародження» дискурсу — позиції суб'єкта, яка визначає те, що він може і повинен сказати. Комплекс дискурсивних формацій загалом визначає життєвий світ і межі мовлення клієнта. Терапевт зобов'язаний пам'ятати, що різноманітність дискурсивних формацій не випадкова, а детермінована ядром стійких значень, конфігурація яких і становить основу проблеми клієнта.

Розповідаючи особисту історію, клієнт апелює до сукупності значень внутрішнього досвіду, використовуючи формули, що конституюють первинний, уявний дискурс у пам'яті. Це виявляється в ритуалах безперервності, часом гри з логікою, поєднання значень актуальних висловлювань із минулими і майбутніми обставинами, подіями. Такі ритуали спостерігаються також у процесі структуризації тривалої терапевтичної роботи психологічного характеру. Ритуали безперервності співвідносяться з формами умовчання — кожен психотерапевт має пам'ятати: те, що не сказано, теж має сенс.

Мовчання і замовчування в аналізі психотерапевтичного дискурсу відіграють конститутивну роль, тобто вказують на важливі складові внутрішнього досвіду, що визначають суб'єкта. У дискурсі клієнта завжди є *основоположне умовчання*, що відповідає глибоко витісненим шарам несвідомого. Є також *локальне умовчання*, що співвідноситься з іррелевантними (неістотними, недоречними) обговорюваній проблемі аспектами досвіду, і *замінне умовчання*, яке виявляється у намаганні вести мову про А, щоб не виказати Б. Процес замовчування пов'язаний із боротьбою сенсів, що не можуть існувати одночасно. При виключенні деяких значень у мовленні клієнта виникають семантичні зони (позиції суб'єкта), які він не може займати, оскільки вони стають для нього забороненими. Однак психотерапевт із цих позицій може говорити, повертаючи клієнта у сферу того, про що він намагався мовчати. Це вельми ефективний спосіб психотерапевтичної роботи.

Пансеміотична функція психотерапевта

Психотерапевт не втручається активно в життя пацієнта. На терапевтичному сеансі змінюється лише психічна реальність його життя, точніше — окремі її

фрагменти, що відповідають за виникнення психологічних труднощів і проблем. Взаємодія дискурсів терапевта і клієнта змінює характеристики внутрішнього досвіду пацієнта, його систему особистісних значень і сенсів. Психотерапевт, який свідомо і послідовно, в межах загальної психотерапевтичної мети виконує такі перетворення, є *пансеміотичним* (грец. pan — усе і semeiotikē — учення про знаки) *суб'єктом*.

У цьому статусі психотерапевт обирає семіотичну стратегію певного терапевтичного підходу, а також сферу застосування своїх зусиль. Її якісна специфіка залежить від того, буде вона несвідомою (всі види глибинної, аналітичної психотерапії) чи представленою мисленням і усвідомленням (когнітивна психотерапія, гештальттерапія), емоціями і почуттями, співпереживанням (роджеріанство), активним психотерапевтичним семіозисом.

Психотерапевт як суб'єкт-професіонал завжди опирається на відповідні наукові знання та уявлення, має свідому стратегію впливу на клієнта, володіє конкретною технікою дії і здатний виокремити, описати і пояснити психологічні механізми своєї діяльності. Його *пансеміотична функція* полягає в здійсненні довільного, цілеспрямованого вибору значень і сенсів, приписуваних реальності. Ідеться про владу терапевта над процесами означування, тобто можливості вибору значень для певних фрагментів досвіду, його окремих аспектів і властивостей. Цей процес має обмеження, зумовлені природою семіотичної системи і минулим досвідом клієнта.

У культурі стратегія означування реальності задана схемою універсуму (світу як цілісності) і залежить від властивої їй системи кодів. Обмеження накладені мовою, задані її семантикою і синтаксисом, правилами *мовної гри* — необґрунтованого апріорного знання, за допомогою якого оцінюють достовірність думок про факти реальності (Л. Вітгенштейн). Приписування значень (істинне — помилкове, хороше — погане, реальне — вигадане, важливе — другорядне) зумовлене культурою і мовою, а факти дійсності за своєю природою амодальні — «ніякі». Факти об'єктивні, а правила їх інтерпретації створені людьми і залежать від їх лінгвокультури (ментальності). Зміна правил за незмінності фактів зумовлює появу іншої моделі, яка певним чином впливає на життя людей.

Психотерапевт має не тільки володіти системою правильних і точних вербальних репрезентацій власного досвіду, а й уміти змінювати властиві клієнтам неадекватні уявлення про реальність, застосовуючи ефективні стратегії і тактики мовної взаємодії. Він перетворює суб'єктивну психічну реальність, змінюючи її характеристики та пов'язані з нею значення і сенси. Такий психотерапевтичний семіозис можна здійснювати інтуїтивно (трансіві техніки) і свідомо, на основі відрефлексованих принципів і правил.

Пансеміотична активність опирається на нетрадиційні уявлення про відношення об'єктивної реальності (предметів і явищ) з її описами (висловлюваннями і текстами). Наївному спостерігачеві вони здаються протилежними, а пансеміотичний суб'єкт трактує їх як взаємодоповнювальні і взаємозамінні. Сучасна семіотика схильна розглядати ментальне і матеріальне (психічне і фізичне, текст і реальність) як функціональні феномени, що різняться не стільки онтологічно, скільки прагматично. З цього погляду різна їх природа зумовлена переважно точкою зору спостерігача. Текст як протокол, що описує реальність, особливо співвідноситься з нею. У системі мови це відношення виражається категорією «спосіб».

В українській мові є три способи дій: дійсний, або індикатив («Клієнт каже правду»); умовний, або кон'юнктив («Клієнт міг би сказати правду»); наказовий, або імператив («Кажіть правду, клієнте!»). В індикативі суб'єкт веде мову про те, що відбувалося «реально», відбувається чи відбуватиметься. Це модальність рефлексії, факту: вона скоординована з дійсністю, пов'язана з нею відносинами взаємної залежності. Умовний спосіб описує імовірну ситуацію, можливість того, що певне явище, факт або процес могли відбуватися. Це ментальна модальність, сфера вільної думки, незалежна від реальності. Наказовий спосіб — висловлення суб'єктом своєї волі чи бажання, щоб певна подія відбулася. Імператив — волюнтаристична модальність, що припускає зворотний зв'язок між мовою і реальністю, односторонню залежність.

Пансеміотичний суб'єкт має високий ступінь свободи в оперуванні цими способами, легко і невимушено

переходить від рефлексії модальності (думок про реальність і спостереження за нею) до творення реальності, волюнтативу, що є основним засобом терапевтичного впливу. Вправний психотерапевт у своїй мовній практиці успішно використовує гнучку систему *психологічних модальностей* — типів стану свідомості в його ставленні до реальності (за В. Рудневим). *Психологічний кон'юнктив* — стан свідомості, за якого вона і реальність пов'язані відношенням взаємної незалежності. Про *психологічний імператив* ідеться тоді, коли свідомість вірогідно детермінує реальність. *Психологічний індикатив* — стан, за якого свідомість спостерігає за реальністю, фіксує, описує та інтерпретує факти. Довільно змінюючи ці модальності, пансеміотичний суб'єкт може переробити структуру психічної реальності, а не тільки окремі концепти, логіку або правила інтерпретації.

Якості, що конституують пансеміотичного суб'єкта, — це мовна інтуїція і досконалий логіко-лінгвістичний аналіз. Разом з лінгвістичною компетентністю вони є основою неординарності мовної особистості, яка в процесі терапії свідомо використовує продуктивні стратегії семіотичного моделювання, спрямовуючи процес семіозису до інсайтів (раптових здогадів, усвідомлення ситуацій), що сприяють кращому розумінню природи психологічних проблем клієнта та їх розв'язанню.

1.6. Універсальні психотерапевтичні процедури

Кожний напрям або школа психотерапії має свій *інструментарій* — найуживаніші, найефективніші техніки впливу, оригінальні методики взаємодії, класичні навички та нові прийоми, яким цей напрям завдячує своїми успіхами. Більшість із цих методів специфічні щодо теоретичних засад форми психотерапевтичного семіозису, та є серед них і універсальні процедури, пов'язані з класичною феноменологією психотерапії. До них належать інтерпретація й ампліфікація, робота з метафорою та аналіз сновидінь.

Інтерпретація і ампліфікація

До універсальних форм психотерапевтичного семіозису належать процедури інтерпретації та ампліфікації. На інтерпретації ґрунтуються майже всі методи психотерапії.

Інтерпретація (лат. *interpretatio* — пояснення) — у психотерапії — тлумачення певних аспектів життя, ідей, образів, довільних асоціацій.

До цієї техніки вдаються практично всі напрями, хоча принципи інтерпретації, якими вони послуговуються, дещо різняться. Однією з перших була фрейдівська традиція тлумачення, побудована переважно на сексуальній символіці (т. зв. пансексуалізм Фрейда, який відтак часто критикували за примітивність та однобічність). Більш випрацьованими є юнгіанські та пост'юнгіанські інтерпретації, в яких широко застосовано архетипічні символи і сенси. Гуманістичні підходи тлумачать переважно емоції і почуття, тоді як у глибинних напрямках інтерпретують фактично всі форми психічної активності — не тільки образи, а й жести, пози, механізми психологічного захисту, опір, бажання та ін.

Тлумачення асоціацій та образів потребує залучення процедури ампліфікації.

Ампліфікація (лат. *amplificatio* — збільшення, розширення) — у психотерапії — збагачення змісту образів, символів або інших продуктів мислення і уяви людини за рахунок міфологічної, релігійної, літературно-художньої традиції.

Цю процедуру винайшли і найчастіше застосовують у юнгіанстві. К.-Г. Юнг, який запропонував архетипічну теорію несвідомого, обстоював універсальний характер архетипічної символіки, що дає змогу широко використовувати в терапії типові образи, мотиви й сюжетні схеми.

До жінки-психотерапевта звернувся тридцятирічний чоловік зі скаргами на проблеми у стосунках із протилежною статтю. Попри демонстрацію гарячого бажання працювати і цілковитої довіри до аналітика, він ніяк не міг зв'язно сформулювати, в чому ж, власне, ці проблеми полягають.

Під час сеансу терапії він переказав декілька епізодів, суть яких зводилася до того, що в нього багато подружок і приятельок, стосунки з ними не спричиняють жодних труднощів, але всі вони «якісь не такі» і «жінок, вартих справжніх почуттів, навколо немає».

Було очевидно, що клієнт не говорить усієї правди, багато що в його розповіді надумане і фальшиве. Тому психотерапевт запропонувала витлумачити сновидіння. Клієнт розповів сон, дуже схожий на те, про що він казав і раніше: якесь місто, в ньому безліч дівчат, він ходить між ними, розглядає і ніяк не може чи то когось вибрати, чи то впізнати... Терапевт запідозрила, що сновидіння він теж певним чином трансформував. Проте йти на пряму конфронтацію було б неефективно. Тому аналітик запропонувала привнести в життя трохи романтики, розпочавши просто зараз і процитувала уривок із роману М. Павича «Хазарський словник» про сновидіння.

«Одного разу навесні принцеса Атех сказала: «Я звикла до своїх думок, як до своїх уборів. У талії вони завжди вузькі, і я бачу їх всюди, навіть на вуличних перехрестях. І що найгірше — за ними вже і перехрестя не видно».»

Символічна інтерпретація допомогла обійти захисти клієнта. Він зацікавився, хто така ця принцеса Атех. На наступному сеансі терапевт продовжила:

«Атех була прекрасною і побожною, а на столі її завжди стояли різні солі, всі сім, і вона, перш ніж узяти шматок риби, вмочувала пальці кожного разу в іншу сіль. Говорять, що, як і солей, було у неї сім облич. Крім того, кожен ранок вона перетворювала свою особистість на нову, раніше небачену. Інші вважають, що Атех взагалі не була красивою, проте вона навчилася перед дзеркалом додавати своєму обличчю такий вираз і так володіти його рисами, що створювалося враження краси. Ця штучна краса вимагала від неї стількох зусиль, що, як тільки принцеса залишалася одна, краса її розсипалася так само, як її сіль.»

Клієнт помовчав, а потім сказав, що в нього бувають й інші сни, в яких дівчата перебувають за огорожею, так що він не може до них наблизитися.

— Але я розумію при цьому, що так вони не зможуть на мене накинутися, що я в безпеці, — сказав він. Коментар аналітика був такий:

«До поясу принцеси Атех, яка допомогла єврейському учаснику хазарської полеміки, завжди був підвішений череп її коханця Мокадаси аль-Сафера, і цей череп вона годувала перченою землею і поїла солоною водою, а в очні отвори садила волошки, щоб він і на тому світі міг бачити блакитне.»

— Так, це цікава книга, — сказав клієнт. — А як ви знаєте, з якого місця слід читати?

Терапевт відповіла, що добре знає роман і часто використовує його в процесі лікування.

На наступний сеанс клієнт прочитав цю книгу кілька разів і почав її цитувати з огляду на свої проблеми.

«Принцеса Атех могла увійти до сну людини, молодшої за неї на тисячу років, будь-яку річ вона могла послати тому, хто бачив її уві сні, так само надійно, як з гінцем на коні, якого поїли вином, — тільки набагато, набагато швидше... Описується такий вчинок принцеси Атех. Одного разу вона узяла в рот ключ від своєї опочивальні і стала чекати, поки не почула музику і слабкий голос молодої жінки, який вимовив:

— Вчинки в людському житті схожі на їжу, а думки і відчуття — на приправи. Погано доведеться тому, хто посолить черешню або присмачить оцтом тістечко...

Коли прозвучали ці слова, ключ зник з рота принцеси, і вона зрозуміла, що так відбулася заміна. Ключ потрапив до того, кого мав на увазі голос уві сні, а слова в обмін на ключ дісталися принцесі Атех.»

Клієнт, який асоціював свого аналітика з небезпечними жінками, зміг проговорити це в символічній формі і погодитися на довірливіші відносини. Завдяки ампліфікації він зміг зізнатися терапевтові (а головне — собі), що насправді боїться жінок, принаймні тих, які видаються розумними і неординарними. Зупинений його страхами терапевтичний процес відновився в напрямі, обраному ним самим.

Майстерність психотерапевта виявляється не тільки в яскравих, точних та оригінальних інтерпретаціях і збагаченні змісту образів, а й у їх своєчасності, доступності і зрозумілості клієнту.

Робота з метафорою

Метафорична комунікація посідає чільне місце в гештальттерапії, юнгіанстві, гуманістично і екзистенціально орієнтованих підходах. У багатьох видах психотерапії метафора виконує важливу методологічну роль, формуючи систему основних понять. Метафоричний у своїй основі і психотерапевтичний дискурс, що зближує його з поезією і художньою прозою.

Терапевтичні властивості метафори зумовлені її семіотичними особливостями: злиттям образу і значення, контрастом із буденною назвою або позначенням суті предмета, категоріальним «зсувом», актуалізацією випадкових асоціацій, неможливістю буквального перефразовування, дифузністю значення, можливістю

різноманітних інтерпретацій, апеляцією до уяви та інтуїції, а не до знання і логіки, вибором найкоротшого шляху до визначення сутності об'єкта. Всі ці якості мають своє місце в тій спонтанній, майже невловимій і водночас цілеспрямованій грі значень і сенсів, що створюють динаміку психотерапевтичного процесу.

У психотерапії метафора — один з основних засобів структурування досвіду. Як правило, клієнт, розказуючи про свою проблему, описує безліч розрізнених вражень, почуттів, фактів, оцінок і висновків, так що розібратися в цьому нелегко. Сильне бажання передати складність і багатоаспектність життєвої ситуації часто перетворює розповідь на незв'язну плутанину слів з безліччю повторів. Метафора є словесним формулюванням реальності у всьому її розмаїтті; це складна, зате впорядкована сукупність властивостей.

На одному із сеансів клієнтка довго і заплутано пояснювала свої стосунки з двома чоловіками, кожний із яких був для неї по-своєму дорогим. Вона описувала їх зовнішність, особисті риси, мотиви поведінки і форми соціальних взаємодій, і було зрозуміло, що складність вибору між ними багато в чому зумовлена хаотичністю її сприйняття. Терапевт запропонував їй метафору — автомобіль. За допомогою такого образного порівняння клієнтка чітко сформулювала свої труднощі, ототожнивши одного чоловіка з розкішним спортивним авто, а іншого — з надійним зручним пікапом. Вона дійшла висновку, що за статусом і реальною можливістю володіння їй більше підходить пікап. Скориставшись метафорою, клієнтка відразу змогла виокремити основні характеристики своїх приятелів і зрозуміти, який вибір реалістичніший.

Метафорична комунікація полегшує саморозкриття, спілкування на символічному рівні, сприяє проявленню індивідуальності. У психотерапії метафора може підтверджувати реальність того рівня індивідуальності, який поки що існує лише потенційно. Часто вона допомагає клієнту випробувати варіанти бажаного майбутнього. Взагалі створення нових, індивідуальних, метафор є творчим аспектом психотерапевтичної діяльності. Вдала метафора «схоплює» досвід клієнта у всій повноті його індивідуальних особливостей, для розуміння яких за іншого підходу потрібно чимало часу і спеціальних зусиль. Одним із прийомів такої роботи може бути опи-

опна В. Рудневим *гра в «китайську рулетку»* — методична процедура аналізу парасемантики (непрямих, додаткових значень і сенсів, асоційованих із певним словом). Вона ґрунтується на аналізі довільних асоціацій, які пропонує клієнт, відповідаючи на запитання такого типу: «Якби ви були автомобілем (рослиною, письменником, природним явищем, частиною одягу, твариною, музичним інструментом, напоєм, будівлею, країною, видом спорту тощо), то це був би...». Наприклад:

1. Лендровер — могутній, підвищеної прохідності, безвідмовний.

2. Дуб — сильний, могутній, самотній, великий.

3. Лев Толстой — великий, вагомий, народний, складний.

4. Буран — сильний, холодний, небезпечний, могутній.

5. Піджак — чоловічий, строгий, діловий, темний, солідний.

6. Слон — великий, важкий, могутній, незграбний.

7. Контрабас — сильний, грубий, солідний, великий.

8. Вода — проста, важлива, необхідна, холодна.

9. Хмарочос — величезний, могутній, солідний, діловий.

10. Канада — проста, сильна, природна, велика.

11. Біатлон — чоловічий, сильний, холодний, небезпечний.

Навіть простий підрахунок найчастіших асоціацій дає розгорнуте уявлення про індивідуальні особливості клієнта. Метафоричний самоопис виявляється детальним, ясним і конкретним. Будь-який образ можна використати для метафоричного узагальнення. Ігрова природа робить його зручним способом зняти напруження у клієнта, зацікавити його. «Китайська рулетка», будучи спрямованою на конкретну особистість і використовуючи отожднення цієї особистості з певним колом об'єктів як інструмент, є метафоричним семіозисом. Семіотизацію індивідуальних властивостей здійснює сам клієнт, що дає змогу усунути проєкції, майже немінучі за використання конотативних (додаткових) значень.

Метафорична комунікація є перспективною психотерапевтичною технікою, її застосування істотно підвищує ефективність діяльності терапевта. Однак робота з

метафорою має і недоліки. Наприклад, відхід від реальності, ступінь якого контролювати тим важче, чим витонченішу метафору використовує аналітик. Та загалом це найбільш використовувана, ефективна і ефектна психотерапевтична процедура.

Аналіз сновидінь

Робота зі снами поширена в більшості психотерапевтичних шкіл. Сновидіння як результат особливої імагінативної (франц. *image* — образ) активності містить важливу інформацію з несвідомого, а мета снів — донести її до відома сновидця, скоригувати свідомі уявлення про дійсність, що можуть бути примітивними, ідеалізованими або одноплановими. У глибиннопсихологічних підходах переважає аналіз сновидінь, а гуманістичні напрями, дазейн-аналіз і гештальттерапія практикують своєрідну взаємодію зі снами. Із нього фактично починався психоаналіз («Тлумачення сновидінь» — перша по-справжньому психоаналітична і самостійна робота З. Фрейда). І досі цей метод себе не вичерпав.

Інтерпретація сновидінь принципово не може опиратися на сонники, символіка яких має усталений характер. Основна ідея тлумачення снів, сформульована Фрейдом і логічно завершена Юнгом і Лаканом, полягає в тому, що сновидіння — це певний текст мовою несвідомого, який потребує інтерпретації. Це складний текст зі своїми стильовими особливостями і тонкими нюансами сенсу, що відображають погляд несвідомого на проблему в контексті життєвої ситуації.

Кожне сновидіння суто індивідуальне. Катастрофа чи весілля, міліціонер або кавун мають своє, неповторне, значення для кожного окремого сновидця. Сон можна інтерпретувати тільки залежно від особи того, хто його бачив, і ніколи — опосередковано від нього.

На переконання психотерапевтів глибинних шкіл, інтерпретація сновидінь — вершина професійної майстерності психоаналітика. Справжніми шедеврами аналітичного мислення є тлумачення, представлені в роботах Ш. Ференці, Ж. Дельоза і особливо К.-Г. Юнга.

Більшість принципів аналізу сновидінь у різних психотерапевтичних школах специфічна, проте є кіль-

на універсальних положень, які можна сприйняти як приписи тлумачення:

а) ключова функція сну — здійснення бажань, яке може бути відтворене у прямій чи символічній формі. З. Фройд зауважив, що основним серед усіх є бажання спати, тобто не переривати сон;

б) сновидіння відтворює погляд несвідомого на життєву ситуацію сновидця. Такий погляд водночас є спробою скоригувати однобічне сприйняття її свідомістю, яка ігнорує незручні або неприємні для себе моменти й аспекти;

в) людям не сняться сни щодо власних успіхів або справ, близьких до щасливого завершення. Тому тлумачення, яке містить заспокійливу інформацію або компліменти, — хибне;

г) сни, особливо емоційно забарвлені, не сняться людям з приводу проблем інших людей. Кожне сновидіння, які б персонажі в ньому не фігурували, — це сновидіння для сновидця і про нього (а не про близьких родичів або добрих знайомих);

г) сновидіння часто об'єднуються в серію. Сновидець знає про зв'язок між ними, але не завжди спроможний пояснити це. Якщо сновидіння повторюється (з варіантами чи завжди однаково), це свідчить про надзвичайну важливість інформації, яку воно прагне донести;

д) сни можуть мати прогностичний характер, але при цьому вони попереджують, а не провіщують. Інколи сновидіння показує варіанти майбутнього, але сновидець не приречений на жоден із них. Розумно керуватися інформацією з несвідомого, а не чекати, поки сповниться те чи інше пророцтво.

Психотерапевтові, особливо початківцю, до аналізу сновидінь слід підходити відповідально і дуже обережно. Сновидіння багаті на важливу для перебігу терапії інформацію і часто є «прямими повідомленнями» несвідомого клієнта несвідомому аналітика. Їх аналіз — це «бесіда» двох підсвідомостей, що відбувається під контролем уважного і сильного Его терапевта.

Американський психоаналітик М. Масуд Кан сформулював перелік вимог до функціонування психічного апарату, які забезпечують можливість працювати зі сновидінням:

- добра взаємодія між Его і несвідомим;
- внутрішнє несвідоме джерело занепокоєння (рушійна сила сновидіння);

- достатня інтегровальна сила Его і хороша здатність до символізації;
- здатність дистанціюватися від надто жорсткого морального контролю;
- збереження післяобразів сну в безсонному стані.

Якщо всіх цих умов дотримано, клієнт добре пам'ятатиме сновидіння і охоче розказуватиме їх аналітику, якому необхідно знати основні принципи роботи зі сновидіннями. Їх інтерпретація дає змогу ефективно контролювати перебіг психотерапевтичного процесу.

До наведених правил слід додати ще кілька простих рекомендацій, які допоможуть клієнтам краще запам'ятати власні сни:

- сновидіння варто записувати відразу після прокидання, не покладаючись на пам'ять. Для цього краще тримати ручку й зошит біля ліжка;
- звечора можна «замовити» сновидіння на певну тему, якщо перед засинанням сформулювати проблему або невирішене завдання;
- сни варто записувати регулярно тривалий час (місяць, кілька тижнів);
- якщо є змога, найяскравіші образи сновидінь слід змальовувати в кольорі;
- сни, які будуть інтерпретовані в терапії, не слід перед цим розповідати друзям, знайомим чи родичам.

Часто один і той самий сон доводиться тлумачити кілька разів на різних етапах терапії. З'являються нові асоціативні ряди, спливають забуті переживання й епізоди — все це створює новий контекст для прихованого сенсу сновидіння. Деякі елементи (жахливі демони, нічні страхіття) можуть послідовно співвідноситися то з особою аналітика, то з фігурами близького соціального оточення клієнта, щоб бути визначеними, нарешті, як образи-страхіття раннього дитинства або проекції батьківських фігур.

Повне і остаточне тлумачення сновидіння — не більше ніж фікція, навіть якщо в процесі терапії накопичується декілька таких тлумачень, а клієнт захоплено вітає аналітичну майстерність і проникливість свого аналітика. К.-Г. Юнг застерігав психотерапевтів від ілюзії, ніби вдале розуміння несвідомої символіки снів є ефективною та успішною терапевтичною акцією. У роботі «Психологія і алхімія», основу якої становлять тлумачення архетипічної і алхімічної символіки сновидінь, учений зазна-

тив, що несвідоме є автономною психічною сутністю і будь-які спроби керувати ним шкодять свідомості.

Отже, аналіз сновидінь є найбільш універсальною психотерапевтичною технікою. Існує багато способів інтерпретації змісту та образів людських снів, кожен із яких ґрунтується на певних теоретичних уявленнях і концептах. Загалом феномен сновидіння відтворює погляд несвідомого на життєву ситуацію сновидця і водночас є спробою скоригувати однобоке сприйняття цієї ситуації свідомістю та запропонувати нестандартні шляхи розв'язання проблемних ситуацій.

Запитання. Завдання

1. Як формувалися засади психотерапевтичного впливу на ранніх етапах розвитку людського суспільства?
2. Опишіть зв'язки психотерапії з релігією.
3. Як співвідносяться між собою психотерапія і психіатрія?
4. Розкрийте передумови виникнення наукової психотерапії.
5. Чому психоаналіз посідає чільне місце в системі психотерапевтичних напрямів і шкіл?
6. Охарактеризуйте основні групи психотерапевтичних шкіл і напрямів.
7. Розкрийте особливості шкіл психоаналітичної психотерапії.
8. Охарактеризуйте базові терапевтичні принципи (установки). Чи можна серед них виокремити основний? Якщо так, то на якій підставі?
9. Як співвідносяться мета і завдання психотерапії?
10. Визначте найважливіші компетенції психотерапевта.
11. Опишіть образ «ідеального» психотерапевта.
12. Які особистісні якості заважають успішній психотерапевтичній діяльності?
13. На чому ґрунтуються психотерапевтичні зміни?
14. З якою метою практикують психотерапевтичний семіозис?
15. Розкрийте сутність принципів аналізу дискурсу в психотерапії.
16. Чому психотерапевта визначають як суб'єкта пансеміотичної активності? Розтлумачте це поняття.
17. У чому полягає метод ампліфікації?
18. Розкрийте терапевтичні властивості метафори.
19. У чому полягає метафорична комунікація? З якою метою її застосовують у психотерапії?
20. Виконайте зі своїми друзями вправу «китайська рулетка».
21. Чому не можна використовувати сонники для тлумачення сновидінь?
22. Розкрийте правила аналізу сновидінь.
23. Як підготувати клієнта до аналізу сновидінь?

2.

Класичний психоаналіз

Започаткований З. Фройдом на початку ХХ ст. класичний психоаналіз і нині залишається найавторитетнішою всевітньо відомою школою психотерапії. Основні його приписи дотепер не змінилися, тому буквально наслідування фройдівської теорії і практики називають ортодоксальним психоаналізом. Цей підхід зосереджує увагу на проблемі рушійних сил душевного життя людини, мотивів і потягів, що керують її поведінкою.

2.1. Загальні засади психоаналізу

З. Фройд запропонував психоаналіз як метод дослідження несвідомого і водночас спосіб лікування неврозів та інших психічних розладів. Психоаналіз ґрунтується на виявленні прихованого змісту витіснених у несвідоме прагнень, психічних травм або змістів іншої природи. Його основними методами є інтерпретація, аналіз сновидінь та довільних асоціацій пацієнта.

Пацієнтам завжди непросто розповідати про свої проблеми, пов'язані з ними болючі відчуття, докори

сумління, тривоги, провину і страх. Тому Фройд пропонував своїм клієнтам починати розповідь з будь-чого і розказувати все, що спадає на думку. Довільно плаваюча увага аналітика (його власне несвідоме) допомагала шокремити у такій розповіді моменти, які він коментував і витлумачував у контексті психоаналітичної теорії. Ще ефективнішою виявилася інтерпретація сновидінь, які пацієнти охоче розказували.

3. Фройд першим звернув увагу на велике значення взаємин між психотерапевтом і клієнтом для перебігу лікування. Він виявив, що специфічна пристрасть, яка спалахує у пацієнта до фігури аналітика (частіше — симпатія, захоплення, закоханість, дещо рідше — підозра і ненависть), пов'язана не з самим аналітиком, а перенесена на нього з ранніх дитячих стосунків, а відтак робить таке перенесення (трансфер) лікувальним фактором, а не перешкодою в терапії. Для цього обґрунтував необхідність у відносинах із пацієнтом строго дотримуватись принципу абстиненції (стримання) або, як його ще називають, принципу аналітичної фрустрації. Сутність *фрустрації* полягає в тому, що аналітик не відповідає на почуття і бажання клієнта, а тільки розтлумачує їх трансферентну природу. А оскільки більшість проблем виникає у людей тому, що вони спілкуються, поведуться, роблять вчинки, не роздумуючи, автоматично, несвідомо, навичка аналізувати і розуміти свої справжні (не витіснені і не приховані) мотиви поступово допомагає подолати труднощі і розв'язати проблеми. Чим більше енергії (лібідо) вкладено у перенос, тим більше її витрачається на розуміння, роздумування і свідомий вибір. Розв'язання проблем та лікування невротичних симптомів у психоаналізі відбувається через усвідомлення витіснених змістів та відтворення симптомогенезу неврозів у трансферентних відносинах із терапевтом.

Теоретичним засадам психоаналізу найточніше відповідає формула «Доля індивіда — це його стать і його дитинство», бо саме початкові стадії психосексуального розвитку, на думку представників цього напрямку, визначальні для всього подальшого життя. Враження перших п'яти років майже цілком належать до сфери несвідомого, причому співвідношення забутого і витісненого матеріалу (описове і динамічне несвідоме) є основою

конституційної схильності людини до виникнення неврозів та інших психічних порушень.

Найважливіші аспекти раннього дитячого досвіду, що впливають на все подальше життя, — це насамперед негативні, болючі і хворобливі переживання та враження (психічні та фізичні травми), а також фіксація і регресія — психологічні механізми, за допомогою яких відбувається «повернення» дорослої людини в дитинство, у стан безпорадності і незрілих реакцій.

Загальноприйнятим є уявлення, що важке дитинство — причина психологічного і особистісного неблагополуччя. Найобтяжливішим його чинником є *аб'юз* — нестерпні умови життя дитини (постійне жорстоке биття, сексуальне насильство, голод, відсутність елементарного догляду, турботи і медичної допомоги). Проте і звичайні сумні події цього періоду (втрати, образи, нездатність подолати проблеми і труднощі, гнів батьків, ревності, заздрість, розчарування) дуже впливають на психічний статус дорослої особи. А тенденцію повертатися до нерозв'язаних проблем дитинства називають залежно від контексту регресією, фіксацією на травмі чи інфантилізмом. Отже, одна група проблем, пов'язаних із психічним розвитком, може бути зумовлена недостатньою дорослістю (продовженим дитинством, незрілістю, інфантильністю).

З. Фройд поділяв психіку на три складники: несвідоме (Ід), свідомість (Его) та вищі почуття і цінності (Супер-Его). У класичному психоаналізі розвиток психіки і особистісне зростання розглядають як диференціацію Его — свідомості і самосвідомості, власного Я індивіда, а також як процес становлення відношення Его до навколишньої дійсності. Его (Я) розвивається з Ід (Воно), і підвищення рівня усвідомлення будь-якого психічного процесу вважають прогресом, а зниження — регресом, занепадом.

Свідомість розвивається з несвідомого шляхом його диференціації — ускладнення і роздрібнення, розділення на частини. Відношення цих частин психіки не є антагоністичними: у здорової особистості вони гармонійно поєднані та взаємодоповнювальні. Щодо цього З. Фройд наголошував: «Психоаналіз не може вважати свідомість суттю психіки, а повинен дивитися на неї як на якість, що може приєднуватися до інших властивостей, а може бути відсутньою». Суперечність між Его та

Ід регулює Супер-Его. До певної міри, вони є витокami особистісного зростання.

Ще одна група проблем зумовлена несвідомим і неусвідомлюваним функціонуванням, недостатньою регулювальною силою Его. До третьої групи належать труднощі, пов'язані зі слабким контролем Супер-Его над бажаннями, емоціями та поведінкою — таких людей називають аморальними, безсовісними, у клінічній термінології — «соціопатами».

Ця класифікація умовна, адже проблеми здебільшого мають комплексний характер: деякі аспекти життєвих труднощів конкретної людини можуть бути зумовлені й інфантильністю, і слабким моральним контролем.

За Фройдом, особистість формується в перші п'ять років життя, і в цьому процесі чільне місце належить фіксації індивіда на одній з трьох стадій психосексуального розвитку (оральній, анальній чи едіповій). Кожна стадія стимулює розвиток окремих психічних інстанцій і визначає відповідні психологічні проблеми особистості. Психоаналітична терапія сприяє регресії пацієнта до окремих стадій, на яких утворилися невротичні симптоми, а потім виліковує їх за рахунок розв'язання цих проблем у трансферентних відносинах із аналітиком. Це довготривале лікування, яке передбачає зміни особистості загалом, а не тільки роботу з окремими проблемами чи симптомами пацієнта. Його завжди проводять індивідуально, хоча нині практикують і т. зв. груп-аналіз, який не здобув визнання більшості фахівців.

Психоаналіз у всіх його напрямках є найпоширенішим і всесвітньо визнаним видом психотерапії. Психоаналітиків об'єднують національні і міжнародні професійні асоціації, які здійснюють навчання і атестацію спеціалістів. Ця професія належить до вільних професій, а кваліфіковані психоаналітики є високооплачуваними спеціалістами і мають високий соціальний статус.

2.2. Організація психоаналітичної терапії

Психоаналіз має певні особливості й вимоги щодо організації психотерапевтичної взаємодії, пов'язані з розкладом сеансів, інтер'єром кабінету і навіть інтелек-

туальним рівнем клієнта. Психоаналітична терапія у класичному варіанті є довгостроковою практикою — півтора-два (інколи й більше) роки за умови, що клієнт і аналітик зустрічаються не рідше двох разів на тиждень. Короткочасні форми можуть тривати два-три місяці, але за таких умов достеменного аналізу не відбувається, хіба що може бути розв'язана одна (фокусна) проблема. Тривалість сеансу (сесії) — 55 хвилин. Клієнт лежить на канапі, аналітик сидить у нього в головах. Деякі сучасні терапевти відмовляються від канапи, пропонуючи клієнтові крісло навпроти себе.

Оскільки психоаналіз — справа тривала і дорога (гроші є важливим терапевтичним фактором у цьому виді лікування), часто постає проблема запиту (потреби), який на початку роботи здебільшого має неглибоку мотивацію. Найефективніший спосіб її подолати — пояснити клієнту, що розумніше пережити і дослідити хворобливі аспекти особистісного функціонування, ніж шляхом витіснення обмежувати простір власних можливостей. Як стверджує президент Європейської психоаналітичної федерації Дж. Сандлер, клієнта необхідно «спокушати» до психоаналітичного лікування. Кілька точних, несподіваних інтерпретацій, запропонованих на початку роботи, добре виконують цю роль. Важко утриматися від можливості поговорити про себе з людиною, яка сильно зацікавлена і добре розуміє «тонкі порухи душі». Доброзичлива увага до подробиць життя клієнта, професійне аналітичне вислуховування, інтелектуальна привабливість інтерпретаційних технік сприяють формуванню міцного терапевтичного альянсу. Однак «спокуса» підсилює трансферентний потяг до аналітика, певна частина лібідо віднімається від Его і сприяє глибинній регресії, що більше характерно для класичної психоаналітичної терапії, ніж для її скорочених варіантів.

Практика свідчить, що клієнти із серйозним запитом (складними проблемами, закоріненими у ранніх дитячих травмах) охоче сприймають пораду обрати класичну процедуру. Вони неодноразово зауважували, що інтерес до терапії ставав стабільно високим тоді, коли аналітичні інтерпретації справляли враження не стільки емоційне, скільки когнітивне: можливість і бажання дізнатися про себе принципово нове і несподіване були

сильнішими, ніж обережність і невпевненість, пов'язані зі страхом руйнування нарцисичного уявлення про власне Я. У психоаналізі проблема «Чи можна довіряти аналітику, який уже стільки знає про мене і хоче дізнатися ще більше?» має зворотний бік: «Чи можна довіритися когнітивним можливостям клієнта і його здатності зрозуміти і використати собі на користь увесь масив знань, пов'язаний з аналізом?». Питання довіри до аналітика поєднується з питанням довіри до клієнта, його пізнавальних прагнень та інтересу до глибинних основ власної особистості. Уже на перших сеансах слід ознайомити клієнта з правилом: краща реакція на будь-яку аналітичну дію — спроба зрозуміти не тільки інтерпретацію, а й підстави для неї.

Психоаналіз за задумом був створений як «інтелектуальна терапія» і передбачає певні вимоги до потенційного пацієнта: вища освіта і розвинене когнітивне функціонування; здатність споглядати почуття, а не реагувати в діях; позитивна реакція на пробну інтерпретацію; підтримка оточення; навички рефлексії мотивів власної поведінки.

Добираючи клієнта за цими критеріями, слід пам'ятати, що порушення сетингу (пропуски сесій, неакуратність в оплаті) у психоаналізі розглядають як грубі форми опору. Тому в терапевтичному контракті ці аспекти обов'язково потрібно обумовити.

Найскладнішим є питання стосовно закінчення терапії.

З часів виходу у світ праці З. Фрейда «Аналіз закінчений і нескінчений» (1937) триває дискусія про критерії завершення аналітичної терапії. За всієї розмаїтості поглядів психоаналітики однак згодні в тому, що аналіз ніколи не орієнтується на можливість швидкого чудодійного зцілення і не створює у пацієнта таких ілюзій.

Проблема критеріїв, за якими можна розпізнати наближення завершальної стадії, ускладнюється і тим, що за часів З. Фрейда мета психоаналізу була явно клінічною, лікарською. Тепер більшість клієнтів звертається не задля лікування, а з приводу особистих психологічних проблем, при цьому нерідко відсутні очевидні ознаки успіху терапії (зникнення симптомів, полегшення болю, відновлення нормального функціонування органів). Крім того, в особистісно (а не клінічно) орієнтованій психотерапії практично всі критерії суб'єктивні.

Їх важко перевірити за допомогою науково обґрунтованих правил і процедур верифікації.

Сучасні люди, які звертаються по допомогу до психоаналітика, прагнуть лише до узгодження власних пристрастей з вимогами розуму. Остаточну резолюцію накладає Супер-Его, суперечливі або занадто жорсткі вимоги якого породжують проблеми значно частіше, ніж функції Его (їдеться, звичайно, не про психози). Тому критерієм завершення аналізу варто вважати не тільки оптимальне функціонування свідомого Я клієнта, а й системну характеристику його особистості, яку називають по-різному — самопідтримкою, несвідомою самоповагою, творчою автономією у сфері об'єктних стосунків та ін. Ідеться про здатність клієнта самостійно помічати проблеми, розуміти їх і розв'язувати.

3. Фройд скептично ставився до можливості аналітичної профілактики імовірних майбутніх конфліктів і долання поточних криз. Проте нині клієнти дуже часто звертаються до аналітика саме в розпал гострої кризи, вимагають негайної допомоги і сподіваються, що терапія матиме профілактичний ефект. Гостра особиста криза зовсім не унеможлиблює аналіз. Навпаки, підтримувальна аналітична терапія з переважанням вислуховування, емпатійного розуміння і максимально «м'якими» інтерпретаціями допомагає у важких життєвих ситуаціях (переживанні втрати близьких, наслідків катастрофи). Більше співчутливий, ніж безсторонній, психотерапевт стимулюватиме мотивацію участі в роботі і полегшить формування терапевтичного альянсу. Зменшиться вірогідність того, що клієнт удасться до крайніх форм відреагування конфлікту (суїцид, наркотична залежність). При зниженні гостроти кризи можна переходити від підтримувальної моделі до власне аналітичної роботи (розкривальні, інтерпретаційні техніки).

Більшість сучасних психотерапевтів поділяє думку про те, що рівень особистісного функціонування клієнта на завершення аналізу має відповідати загальноприйнятим уявленням про психічне здоров'я, а оцінка цього рівня — не спотворюватися контрпереносом і бути вільною від впливу аналітичної фантазії про досконалість. Терапевтичний перфекціонізм (прагнення до

(ідеалу) доречний хіба що в дидактичному аналізі в розумних межах.

Крім суто практичних питань — чим визначається момент закінчення аналізу, чи можна скоротити тривалість лікування, чи є можливості профілактики неврозу — психотерапевтів завжди цікавили теоретичні передумови, пов'язані із завершенням терапії.

Обговорюючи технічні проблеми терапії, Дж. Арлоу і К. Бреннер в межах структурної теорії запропонували розрізнити дві окремі, хоча і взаємопов'язані терапевтичні цілі — аналіз витісненого (прагнень Ід) і аналіз психологічних захистів. Свого часу Фройд порівнював ці напрями з гоюванням маятника: спочатку відбувається частковий аналіз витісненого, потім — аналіз захисної поведінки, після чого аналітик знову повертається до прагнень. Об'єднує обидва напрями психоаналітичне розуміння конфлікту. Терапевтична робота знижує градусу його між різними психічними інстанціями, а антагоністичні спочатку витіснення і захист об'єднуються в компромісні утворення, що сприяють розв'язанню проблем. Ознакою завершення терапії є наростання інтеграційних тенденцій, полегшення доступу до афективної сфери клієнта, відновлення ним адекватної картини власного життя.

Ще один критерій успішності аналізу — зникнення вторинної вигоди від проблеми. Ідеться про те, що більшість клієнтів представляє свої проблеми у формі скарг, пов'язаних зі станом міжособистісних стосунків, душевним дискомфортом, ефективністю соціальних взаємодій та ін. Пацієнти, хоча й інтерпретують проблеми і труднощі як небажані і чужі (его-дистонні), не пов'язують їх із власним психічним функціонуванням. Уже в процесі терапевтичної роботи клієнт починає розуміти, що спричинило проблему і яка його в цьому роль.

Зрозумівши, що він — автор (а не тільки суб'єкт переживання) внутрішнього дискомфорту або конфлікту, клієнт перестає розглядати свої психологічні проблеми як необхідний аспект власної індивідуальності. І починає замислюватися над своєю причетністю до власного неблагополуччя і можливістю його уникнути. Така позиція — необхідна умова для роздумів і самоаналізу,

який клієнт може продовжити після закінчення терапії самостійно.

Динаміка взаємодії терапевта з клієнтом, у результаті чого аналіз рухається до завершення, може бути різною. Часом терапію припиняють після вирішення актуального конфлікту і зняття зумовленої ним психічної напруги. Інколи щоденні зустрічі з приводу кризової життєвої ситуації поступово замінюють традиційною формою аналітичної ситуації (2—3 зустрічі на тиждень, докладне дослідження раннього генезису проблем). Трапляється, що клієнт (як правило, знайомий із психоаналітичною теорією і практикою психотерапії) приходиться 1—2 рази на місяць, і робота з ним схожа радше на супервізію, ніж на власне аналіз. У кожному разі закінчення аналізу обговорюють при укладенні терапевтичного контракту і, як правило, воно відбувається за взаємною згодою з клієнтом.

Іноді клієнти переривають терапію задовго до того, як її можна визнати закінченою. Найчастіше з банальної причини — відсутність грошей. У такому разі навряд чи можна чимось зарадити. Інший випадок — відмова, зумовлена непроаналізованою трансферентною динамікою. Це — поразка аналітика, свідчення недостатності його професійних навичок і вмій.

2.3. Психоаналітична взаємодія

Відносини аналітика з клієнтом формують сутність психоаналітичної терапії, її найважливіший лікувальний фактор. Перебіг цієї взаємодії визначають особистісні чинники, основними серед яких є явища трансферу, опору, захисту, вплив несвідомого.

Перенос і аналітичні відносини

Трансфер — універсальний засіб психотерапевтичної практики. Він завжди фігурує у терапевтичних відносинах, навіть якщо терапія не є психоаналітичною. Багато терапевтів, які не володіють основами психоаналізу, бояться переносу і не вміють із ним працювати. Ті,

Хто практикує у межах непсиходинамічних напрямів, часто ігнорують трансферентну симптоматику і не можуть уберегти себе і клієнтів від деформації відносин, зумовлених переносом і контрпереносом. Трапляються випадки, коли трансферентні відносини використовують із корисливою метою, наприклад терапевт використовує ними для невиправданого збільшення тривалості терапії і отримання додаткової оплати. Тому перенос завжди потребує обговорення.

Суть і специфіка трансферентних відносин дуже складні, щоб виробити єдине розуміння їх і пов'язаних із ними технічних питань терапії. Безперечно одне: неопрацьований перенос дорівнює невиконаному аналізу.

Трансфер у психоаналізі — трансформація відносин між пацієнтом і аналітиком, що відбувається під впливом несвідомих бажань клієнта і полягає в перенесенні ним на аналітика почуттів, пов'язаних із значущою фігурою власного дитинства (мати, батько, близькі родичі). Аналітичні відносини, покликані виконувати суто службову функцію, поступово стають важливими і значущими для клієнта, він поринає в них із запалом і пристрастю, властивими юнацькій закоханості.

Часто в психоаналізі спостерігається *контрперенос* — симетричне ставлення терапевта до клієнта. На відміну від трансферу він не завжди формується в аналізі.

Перенос буває *комплементарним* (лат. *complementum* — доповнення), якщо аналітик уособлює риси і якості, яких клієнтові бракувало у стосунках раннього дитинства, або *конкордантним* (лат. *concordatum* — угода), коли характеристики значущих людей він приписує терапевтові.

Трансфер вважають найважливішим терапевтичним чинником психоаналізу і водночас одним із найсерйозніших труднощів в аналітичній роботі. Його цілюща роль — у поживленні минулих несвідомих конфліктів і витісненого змісту, які стають доступні свідомості, переживаються і зникають у процесі терапії. Саме в цьому й полягають мета і значення психоаналізу.

У трансферентних відносинах відтворюється генезис невротичних проблем і труднощів клієнта. Основна «тріада» аналітичного лікування представлена поверненням витіснених переживань, повторенням їх і відпрацюванням у відносинах із терапевтом, унаслідок

чого зникають підстави для повторного виникнення симптому. Отже, у процесі психоаналітичної терапії формується актуальний невроз (невроз переносу), а позбавлення від нього знаменує завершення аналізу.

З переносом пов'язано чимало труднощів. Крім позитивного трансферу (гіпертрофованої симпатії до аналітика), нерідко виникає негативний — антипатія, ненависть, підозрілість, недовіра і дратівливість. Це ускладнює роботу аналітика, призводить до збільшення тривалості терапії, може спричинити формування *негативної терапевтичної реакції* — погіршення стану і самопочуття клієнта у процесі аналізу. Сила його залежить від обсягу доступного несвідомого матеріалу.

Ще одна пов'язана з переносом складність — ставлення клієнта до почуттів, які він переживає у процесі розвитку трансферентного неврозу. Як правило, він чекає від аналітика відповіді на свої почуття, а не інтерпретацій і теоретичних роз'яснень. Принцип абстиненції, за яким терапевт організовує свою взаємодію з клієнтом, пацієнт часто інтерпретує як зарозумілість, нещирість, навіть боязкість. Інша крайність, у яку впадають невпевнені в собі пацієнти, — страх виявити свої емоції, зізнатися в них аналітику і собі.

Проте вільне вираження трансферентних почуттів — запорука успіху аналітичної терапії і можливості подолання неврозу переносу. На відміну від ситуації у минулому, яка була травматичною і змусила клієнта витіснити болючі почуття і переживання, трансферентне кохання або ненависть не можна поставити йому в провину або заслугу. Терапевт слухає клієнта доброзичливо та об'єктивно, не допускаючи злого, глузливого або цинічного реагування, не використовуючи психологічних захистів. У межах аналітичних відносин трансферентні почуття одержують пояснення та інтерпретацію і втрачають свій патологічний характер.

За короткострокової аналітичної терапії професійну поведінку краще орієнтувати не на класичні зразки, рекомендовані З. Фройдом і прихильниками ортодоксального психоаналізу, а погоджувати з принципами, запропонованими, наприклад, Х. Кохутом або М. Гілом. Згідно з ними успішнішим і людянішим буде аналітик як терплячий і співчутливий слухач, а не тільки «безпристрасне дзеркало». Для клієнта необхідність

розказувати про свої почуття або фантазії людині, на яку вони спрямовані, є надто складною. Оскільки в процесі терапії він дедалі більше усвідомлює і згадує свій негативний досвід, пов'язаний з подібними ситуаціями, його опір трансферентним почуттям цілком очікуваний і зрозумілий.

Опір і захист

Повернення витісненого матеріалу у сферу свідомості — болісний процес. Пацієнт знову переживає моменти свого життя, які він хотів би забути назавжди. Біль, сором, провина, переживання власної нікчемності є емоційним фоном аналітичного усвідомлення. Тому природно виникає бажання опиратись йому або хоча б спробувати захистити себе від травматичних переживань. Опір і психологічний захист — типові феномени психоаналітичного процесу, який і полягає в інтерпретації цих явищ. Тлумачення класичного типу пов'язані з намаганням аналітика знайти причини опору в ранньому дитячому досвіді. При цьому важливі інтерпретації, зумовлені актуальним станом особистості і психіки пацієнта. Передовсім тлумачення сприяють свідомому переробленню патогенного змісту, а його розуміння і прийняття — розвитку і гнучкості Я клієнта.

Опір — специфічна установка пацієнта на заперечення знань, одержаних у результаті інтерпретації несвідомого змісту і витіснених бажань.

Пацієнт опирається не аналітикові, а його діям, тому сильний опір може свідчити про силу Его пацієнта, завдяки якій негативні аспекти внутрішнього і міжособистісного досвіду залишаються витісненими, або про не зовсім адекватну чи малоефективну терапевтичну дію. Опір поверненню витісненого потребує спеціальних пояснень, трансферний опір — емпатії і підтримки терапевта в ролі відкритого і щирого учасника аналітичного процесу. Ще З. Фройд зауважував, що опір дуже різноманітний, надзвичайно витончений, його важко розпізнати, бо він постійно змінює форму свого прояву.

Із численних форм опору особливо «прикрі» *явні (відкриті)*, що полягають у порушеннях правил терапевтичної роботи і її розпорядку, а також форми,

зумовлені вторинною вигодою від проблеми. Явний опір може повністю дезорганізувати аналіз і перетворити його на подобу сварки чи боротьби за владу аналітика.

Вторинна вигода — особливий статус, «режим найбільшого сприяння», на які претендує клієнт з огляду на свої симптоми або проблеми. До цього вдаються «запеклі істерички», в яких «слабке серце і вразлива психіка», «дорослі діти», що демонструють свою інфантильність, агресивні психопати, яких «краще не чіпати, бо вони дуже збудливі», тощо. Клієнти з вираженою зацікавленістю у вторинній вигоді орієнтовані на те, щоб одержувати її від терапії.

У психоаналізі слід розрізняти опір Супер-Его (совість, відчуття провини, страх соціального несхвалення) і опір Его (опір усвідомленню витісненого). Опір Супер-Его можна подолати на рівні базових терапевтичних установок (безоцінного схвалення, конфіденційності, емпатії). Опір Его потребує змістових інтерпретацій, ретельного реконструювання переживань клієнта. Іноді тривогу, пов'язану із загостреною чутливістю Над-Я, може вгамувати вчасно здійснене саморозкриття терапевта. Тому дотримання принципу «безпристрасного дзеркала» не завжди виправдане — стурбованому батькові або невпевненому чоловікові можна розповісти про те, як терапевт розв'язує власні проблеми в цій сфері. Для правильного рішення (де, коли і в якій формі варто це робити) потрібен досвід, а інколи достатньо тактовності і чуття міри.

Не менш складним є феномен психологічного захисту.

Психологічний захист — властиві кожній людині стійкі способи сприйняття і переживання світу, у процесі яких окремі аспекти дійсності вона змінює, викривляє так, щоб дійсність здавалася зручнішою, сприятливішою, не загрозливою.

Він охоплює широке коло поведінкових реакцій, не обов'язково пов'язаних із психопатологією. Взаємодія з реальністю може мати захисну функцію. Люди прагнуть пом'якшити негативні й агресивні реакції соціального оточення, захиститися від несправедливої або різкої критики, намагаються не помічати багатьох прикрих і неприємних подій або принаймні не надавати їм серйозного значення.

Проте викривлення реальності не має бути настільки сильним, щоб відгородитися від дійсності і жити ілюзіями. Стійка звичка не помічати неприємні факти і

події, вважаючи їх неістотними, може поступово спричинити крах життєвих планів. Психоаналітична традиція розглядає захисти в контексті їх інтенсивності та дереалізуючої інтенції. Психологічний захист створює проблеми, якщо надміру деформує реальність, недостатність його може стати причиною *психотичної декомпенсації особи*. Якщо людина не змінює реальність так, щоб комфортно в ній почуватися, рано чи пізно вона не зможе в ній існувати. І створить свою власну реальність, у якій можна вбити не тільки комара, а й сусіда, який гучно позіхає, почути з електричної розетки голос Бога, вважати себе об'єктом кохання всіх жінок світу тощо. А це і є психоз.

Захисти тісно пов'язані з Его індивіда, його свідомим Я. Тому деякі дослідники тлумачать психологічний захист як сукупність дій, націлених на зменшення або усунення будь-якої зміни, що загрожує цілісності та стійкості біопсихологічного індивіда. Оскільки ця стійкість утілюється в Я, яке прагне будь-що її зберегти, саме Я (Его) можна вважати найважливішим у цьому процесі. Психологічні захисти у психоаналізі розглядають не тільки як найважливіші функції Его, а і як його структурні елементи з вираженою індивідуальною своєрідністю поєднань і проявів.

Робота із захистами акцентована на пізнавальних можливостях клієнта, тоді як трансферентні відносини більше стосуються емоційної сфери. Як звичні способи формування суб'єктивної психічної реальності (картини світу, індивіда) психологічні захисти підтримують Я-концепцію і тісно пов'язані з системою цінностей особистості. Основні проблеми при аналізі захистів зумовлені не стільки суперечностями між суб'єктивною і об'єктивною реальністю, скільки антагонізмом двох суб'єктивних реальностей — клієнта і терапевта. Пацієнт за кожної слушної нагоди приписує «незручні» аспекти дійсності суб'єктивізму аналітика, а той вважає свою точку зору повністю об'єктивною.

Багатьох труднощів можна уникнути, якщо терапевт добре знає теоретичні аспекти проблеми і вміє розрізняти типи захисту. Чітке уявлення про природу і функції захисних механізмів необхідне кожному психотерапевтові, навіть не психоаналітику. Уміння розпізнавати й інтерпретувати захисти так само важливе в

роботі з людьми, як емпатія, безоцінність, конфіденційність та інші базові терапевтичні настанови.

Американський психоаналітик Ненсі Мак-Вільямс (нар. 1954) класифікує захисти за принципом їх локалізації на *первинні (примітивні)*, розташовані між Я і зовнішнім світом, і *вторинні (зрілі)*, що оберігають особистість від внутрішніх конфліктів. До первинних захистів належать примітивна ізоляція, заперечення, всемогутній контроль, примітивна ідеалізація і знецінення, розщеплювання Его, дисоціація, проекція, інтродекція і проективна ідентифікація. Особливістю примітивних захисних механізмів є їх автоматичний характер (миттєве «ввімкнення») і відсутність зв'язку з принципом реальності. Вони працюють на рівні первинного процесу, не допускаючи у свідомість матеріал, проти якого вони спрямовані.

Більшість примітивних захистів через свою архаїчну і довербальну природу здаються клієнтам природним аспектом власного психічного функціонування. Хоча картина світу в свідомості індивіда з великою кількістю незрілих захистів суперечлива і має безліч упущень, сама людина не схильна звертати на це увагу навіть при виникненні серйозних проблем. Клієнти, які використовують примітивні захисти, неприємні у спілкуванні, адже настирливо нав'язують усім упереджене бачення вчинків і стосунків, тобто їм властивий агресивний стиль захисту.

Вторинні захисти характеризуються більш специфічною дією (спрямовані тільки на почуття або на конкретні аспекти сприйняття і переживань) і обов'язковою участю мислення. Вони менше спотворюють реальність, більш адаптивні та розпізнавані за наявності раціональних і раціоналізуючих компонентів, адже так зручно бути розумним, мати вичерпні пояснення на всі випадки життя і знаходити логічні підстави для того, щоб робити тільки те, що хочеться, або взагалі нічого не робити. Порівняно з примітивними зрілі захисти легше усвідомлювані; як правило, клієнти визнають їх, але не дуже схильні щось змінювати у своїй поведінці і звичних способах взаємодії.

Стійкість вторинних захистів до терапевтичного впливу зумовлена схильністю клієнтів ототожнювати їх з власним Я. Ж. Лакан визначав Я (Уявне) як суму всіх

захистів та опорів, властивих індивіду. Анна Фройд у класичній праці «Я і механізми захисту» зазначила, що в деякі періоди життя і відповідно до власної структури індивідуальне Я обирає то один, то інший спосіб захисту і може використовувати його у своєму конфлікті з інстинктами і в захисті від афекту. Знаючи, як пацієнт прагне захиститися від своїх інстинктивних імпульсів, можна скласти уявлення про його установку стосовно власних небажаних афектів. Коли в нього яскраво виражені конкретні форми трансформації афектів (цілковите витіснення емоцій, заперечення тощо), він застосує ті самі способи для захисту від своїх інстинктивних імпульсів і вільних асоціацій. Я залишається тим самим, і у всіх своїх конфліктах воно більш-менш послідовне у використанні захисних засобів.

До вторинних захистів належать витіснення, регресія, раціоналізація та інтелектуалізація, ізоляція, моралізація, паралельне мислення, анулювання, зсув, поворот проти себе, реактивне утворення, ідентифікація, відреагування, сексуалізація, реверсія і сублимація. Все це «прийоми свідомості», за допомогою яких вона оберігає себе від зіткнення з небажаними аспектами зовнішньої і внутрішньої реальності. Загальним для всіх вторинних захистів є також прагнення подолати афекти (сильні почуття й переживання) за допомогою інтелекту, раціоналістичного мислення, завдяки якому клієнт знаходить розумне логічне пояснення суперечливих дій і вчинків.

Витіснення (репресія), тобто вмотивоване забування неприємних подій, негативних відчуттів і переживань, трапляється дуже часто. Воно може бути сильним або слабким; особливо пригнічують думки, спогади, відчуття, пов'язані з інцестуозними бажаннями, сексуальними перверсіями тощо. «Сигналом» до такого захисту зазвичай є відчуття тривоги, навіть і не локалізоване — у цьому разі Его вдається до тотального придушення всього, що хоч трохи пов'язане з проблемою, яка зумовила тривогу. Незручності створює не стільки власне витіснення, скільки випадки, коли репресована інформація ненадійно утримується в несвідомому. Це викликає тривогу, яка знову потребує витіснення, і коло замикається. О. Маурер назвав це явище «неврогічним парадоксом», що часто є підґрунтям істеричного неврозу.

В аналітичній практиці клієнти добре реагують на інтерпретації, які стосуються витіснених травм або фруструючих ситуацій, і гірше сприймають інтерпретації щодо репресованих бажань і прагнень. Оскільки для цього захисту необхідне сильне і стійке Его («слабкі» суб'єкти надають перевагу ізоляції та запереченню), терапевти часто мають справу з упертим небажанням визнати наявність пригнічених мотивів, почуттів, прагнень. У такому разі може допомогти аналіз конкретного прикладу репресії того, що було предметом обговорення на попередньому сеансі.

Регресія (лат. *regressio* — рух назад) — повернення до попередніх способів психічного функціонування (форм мислення, способів поведінки, типів об'єктних відносин) — буває дуже різноманітною. Повернення до минулого, особливо до раннього дитячого досвіду, вважають необхідною умовою успішності психоаналізу, проте ця умова не є абсолютною. За короткочасного аналізу не варто чекати глибокої регресії клієнта, щоб відтворити умови формування невротичного симптому. Таку роль успішно виконують кілька точних, прямих, «жорстких» інтерпретацій, у результаті яких ретельно приховувані несвідомі імпульси стають доступними свідомості. Клієнти схильні реагувати регресією на лікування, яке дає результати, тому розуміння цього допомагає аналітику бути терплячішим до її проявів. Особи, які зловживають регресією і вдаються до неї в більшості складних життєвих ситуацій, є інфантильними, незрілими.

Раціоналізацію, інтелектуалізацію, моралізацію і паралельне мислення можна розглядати як форми участі мислення і логіки у викривленні реальності в процесі її сприйняття та осмислення. При цьому людина підшукує вагомі і раціональні причини для своїх дій і вчинків, які є результатом несвідомих мотивів і прагнень, щоб уникнути осуду Супер-Его.

Раціоналізація — природний процес: більшість людей схильна раціоналізувати свої невдачі та помилки, пояснюючи їх об'єктивними причинами. На ній ґрунтується т. зв. подвійний стандарт людської поведінки: «якщо я зробив щось хороше, це моя заслуга, а якщо погане — так уже склалося через обставини»; «досягнення мого ворога чи суперника — це випадковість, а ось його невдачі цілком закономірні».

Моралізація — це раціоналізація, доведена до крайнощів: клієнт не просто добирає моральні виправдання своєї поведінки, а шукає підстави, які зобов'язують його чинити саме так, а не інакше. Уявні резони перетворюються на неухильні моральні вимоги: «Чи добре для аспіранта, якщо я утримаюся від критики його слабкої і недоладної наукової доповіді? Адже це мій прями́й обов'язок, інакше він так і вважатиме себе успішним». У моралізації бере активну участь Супер-Его клієнта. Цей захист є ретельно продуманим і тому важким для терапевтичного втручання: клієнт, переконаний у тому, що він не просто напивається щовечора, а карає у такий спосіб свою дружину за байдужість і черствість, заперечуватиме будь-які інтерпретації. Основна стратегія в таких випадках — знову і знову показувати клієнтові, що його інтелектуальні виверти не змінюють реального стану справ, а рівень дискомфорту в ситуаціях, в яких застосовується моралізація, продовжує зростати.

Інтелектуалізація — відокремлення почуттів від думок, а переживань — від поведінки. За такого захисту клієнт визнає наявність у себе негативних емоцій, але не реагує на них: «так, я серджуся на нього, але це не заважає нам співпрацювати», «я відчуваю образу, але моє добре ставлення до дружини не змінилося». Зовні така поведінка здається стриманою та врівноваженою, та насправді клієнт блокує сильні почуття, не дозволяє собі зізнатися в них і реагує «нишком». Інтелектуалізацію часто застосовують підлітки, щоб виглядати невразливими; до неї схильні люди, які прагнуть справляти враження мужніх, безсторонніх і холоднокровних.

Паралельне мислення (компаратменталізація) властиве людям, які раціонально використовують дисоціативні процеси. При цьому суперечливі відчуття або прагнення існують нарізно, незалежно одне від одного: людина вважає алкоголь злом і засуджує п'яниць, але дозволяє собі час від часу випивати. До цього механізму часто вдаються батьки, коли забороняють дітям речі, якими насолоджуються самі (куріння, порнофільми тощо). Застосовуючи компартменталізацію, людина може дотримуватися двох і більше конфліктних ідей або форм поведінки і не усвідомлювати їх суперечності

або взаємовиключного характеру. Наприклад, жінка, яку переслідували серйозні невдачі в сімейному житті, що були джерелом вираженого істеричного неврозу, вважала себе прекрасним викладачем психології сімейних стосунків і настирливо прагнула розширити коло своїх слухачів. Вона щиро здивувалася запитанню, чи не є її поведінка компенсаторною, і ніяк не могла зрозуміти, до чого її власні сімейні проблеми.

Анулювання зводиться до «магічного» знищення відчуття провини або сорому за допомогою дій, які «врівноважують» попередню провину. При цьому компенсаторна природа «магічної» поведінки, як і бажання спокутувати або врівноважити ефект скоєного раніше, абсолютно не усвідомлені. На побутовому рівні анулювання проявляється дуже часто і є приводом для скарг на кшталт «певний час після бешкету чоловік поводить ся, як ангел, але ніколи не просить вибачення і навіть не бажає про це говорити, а потім знову напивається, і все повторюється спочатку».

Поворот проти себе — захисний механізм, за допомогою якого люди намагаються подолати почуття ненависті та гніву, спрямовані на значущих людей. Переадресувавши на себе гнів і роздратування, суб'єкт відчуває ся в безпеці — адже ідеалізований інший залишається недоторканим. До того завжди є шанс почути від нього слова похвали, підтримки, підбадьорення. У ранньому дитинстві причиною повороту може бути агресія проти улюбленої матері чи обожнюваного старшого брата. Поворот ґрунтується на простій логіці: якщо взаємини зі значущим іншим — найбільша цінність, то краще не підривати їх негативною критикою або сумнівами, а відразу визнати поганим себе, щоб не ризикувати, не зізнаватися у своїй залежності від нього або негідності його дружби і допомоги.

Реактивне утворення близьке за суттю і значенням до повороту проти себе. Обравши цей захист, суб'єкт примушує себе переживати почуття, протилежне справжньому — любов замість ненависті, захоплення замість зневаги. Дуже рідко трапляються реактивні утворення «в сильній позиції» — заміна позитивного відчуття негативним. Зате протилежних ситуацій багато — очевидно, негативні переживання більшість клієнтів оцінює як загрозові і небезпечні для самооцінки.

Ідентифікація полягає у несвідомому уподібненні себе іншому значущому об'єктові. Вона може бути проєктивною (суб'єкт ототожнює себе з об'єктом власної проєкції), анаклітичною (прагне бути схожим на впевнену в собі людину), нарцисичною (ототожнює себе з рисами свого ідеалу особистості). Ідентифікація з агресором є захисною тенденцією уподібнити себе грізному, страшному суб'єктові; так часто буває, наприклад, у підліткових компаніях, де слабкіші хлопці ідентифікуються із сильним лідером. У літературі описано випадки, коли заручники, захоплені бандитами, ототожнювали себе з їхньою позицією, вимогами і мораллю навіть усупереч власним інтересам (стокгольмський синдром). Ідентифікація — універсальний захисний засіб для соціально значущих ситуацій. Як і більшість захисних механізмів, вона має багато позитивних аспектів і є основою емпатії, емоційного навчання, поведінки підтримки і допомоги. Вона є також компонентом багатьох вищих людських рис і якостей — любові, моральних обов'язків, самовідданого служіння ідеалам, патріотичної мужності тощо. Від здатності до ідентифікації залежить ефективність соціального навчання або терапії.

Відреагування — зумовлена особистістю аналітика чи перебігом терапії поведінка, яку клієнт не наважується реалізувати на сеансі і виносить за межі терапевтичних взаємин. Відреагування може мати різні форми. Найчастіше це прояви трансферентних відносин (любов або ненависть до аналітика, ревнощі, заздрість, інцестуозні бажання). Відчуття, породжувані трансфером, недоречно проявляються в різних сферах життя клієнта, а потім стають предметом обговорення та аналізу. У непрямій формі їх висловлюють тим, кому вони призначені. Іноді відреагування відбувається і в процесі терапії: клієнт на сеансі перебуває під владою сильних емоцій і поводить відповідно до них, «пригадуючи» аналітику минулі гріхи. Тому інтенсивні почуття і переживання клієнта потребують обговорення щодо того, в яких формах, де і коли їх доречно відреагувати. Аналітичне обговорення іноді зовсім усуває проблему, оскільки є однією з форм відреагування. Не завжди варто аналізувати надто емоційних, імпульсивних суб'єктів, які не можуть стежити за почуттями, не виражаючи їх

у діях і вчинках. У такому разі ефективнішими є гештальттерапія, психодрама тощо.

Сексуалізація (еротизація) — тип відреагування, що полягає в намаганні суб'єкта подолати тривогу за допомогою сексуальних фантазій. Найчастіше еротизують стосунки залежності, і не всі породжувані при цьому сценарії є патологічними. Загальновідомі феномени юнацької закоханості в учителя, сексуалізації фігур акторів, політиків, спортсменів. Механізм еротизації — основа реклами, шоу-бізнесу, пропаганди.

Реверсія (грец. *reversio* — повернення) — захист, за якого суб'єкт і об'єкт міняються місцями. Наприклад, прагнучи загального визнання та захоплення, людина може активно вихваляти когось іншого і, несвідомо ідентифікуючись зі своїм кумиром, акцентуючи на своїй реальній або уявній близькості до нього, частково задовольняє цю потребу. Показовий приклад — поведінка жінок, які дотримуються суворої дієти: часто вони полюбляють готувати, настирливо пригощають друзів та членів сім'ї і відчують величезне задоволення, дивлячись, як інші багато і з апетитом їдять. Самотні люди дбають про своїх домашніх тварин, ніжно їх люблять і реверсивно задовольняють власну потребу в любові та догляді. Деякі пацієнти долають дискомфорт під час терапії, самостійно намагаючись аналізувати терапевта. У навчально-аналітичних групах механізм реверсії є могутнім позитивним чинником, що сприяє створенню атмосфери ділової співпраці і взаємної доброзичливості.

Сублімація (лат. *sublimatio* — підіймання) — перенесення сексуальної енергії (лібідо) на цілі, не пов'язані з сексуальним задоволенням та іншими примітивними потребами. Ця, за З. Фройдом, фундаментальна людська здатність є основою цивілізації і духовної культури. У програмній праці «Доли прагнень» (1905) він стверджував, що сублімація разом із запереченням, перетворенням на протилежне і витісненням — один з основних шляхів розвитку психіки. Сублімація не є психологічним захистом у строгому значенні слова. Це, радше, механізм, що забезпечує нормальне, адекватне особистісне функціонування, «узаконений» суспільством спосіб утилізації (катексису) лібідо. Про захисні функції сублімації може йтися в тих випадках, коли вона

випіпає завелику кількість сексуальної енергії або пропонує соціально схвалювані, культурно значущі форми реалізації бажань, слабо пов'язані з їх безпосереднім об'єктом. Наприклад, боязкий юнак, що благоговіє перед жінками, захоплений любовною поезією або талантним малярством, але панічно боїться реальних контактів з дівчатами і використовує сублимацію для зняття надмірної напруги; або еротичні картини на релігійну тематику, написані аскетичними художниками.

Знання природи психологічних захистів та їх різновидів дає змогу терапевтові краще орієнтуватися в несвідомих основах поведінки клієнта і допомагає уявити структуру тієї частини його Я, яка бере участь у процесах самопред'явлення. Вступаючи у значущі взаємини, індивід ретельно оберігає саме особливо цінні і вразливі аспекти своєї особистості, пов'язані з екзистенційними основами його індивідуального буття. Адже захисти розташовані над тими особистісними утвореннями, що функціонують патологічно і є джерелами проблем.

Психологічні захисти досліджують не тільки психодинамічні напрями терапії. З ними працюють і гештальттерапевти, і прибічники гуманістичних підходів, але робота із захистами, на відміну від психоаналітичної традиції, вичерпується використанням таких способів:

— поверховий розгляд лише деяких захисних механізмів, коли терапевт не докладає зусиль для їх усунення, обмежуючись констатацією загального негативного впливу на особистість і стосунки;

— визнання усунення захистів остаточним результатом психотерапевтичної роботи, підставою для припинення її.

У психоаналізі захисти розглядають спершу як чинники, що заважають розумінню аналітичних інтерпретацій, а вже потім — як підстави психологічних труднощів. Оскільки для клієнта захисти є звичними способами взаємодії зі світом та іншими людьми, то їх інтерпретації має передувати опис конкретних, чітких форм захисної поведінки. Терапевт, який стикається з наполегливим опором, може почати з поведінкової картини, а потім визначати її як певний захист.

Психотерапевтична робота має містити як аналіз, так і синтез, інакше ефективність терапії незначна. Для

цього необхідно мати широке уявлення про особистість, теоретичну модель становлення і розвитку її активності. Аналіз захисту та опорів зумовлює тактику терапевтичного втручання, а вироблення стратегії потребує системних знань і уявлень про несвідому природу внутрішньої динаміки особистісних структур.

Взаємодія несвідомого з реальністю

З. Фройд розглядав психоаналіз як об'єктивний спосіб наукового пізнання, спроможний дослідити участь несвідомої проекції у формуванні системи уявлень про навколишню дійсність. Значна частина образу дійсності, на його думку, є проекцією психічного на зовнішній світ. Неясне усвідомлення (внутрішнє сприйняття) психічних чинників і несвідомих процесів відображається в конструюванні надчуттєвої реальності. Розвиток психічного апарату дає змогу особі формувати більш об'єктивні уявлення про світ, однак несвідомі прагнення зумовлюють психічну активність у будь-якому віці. Психологічні проблеми і розлади є проявами специфічних порушень рівноваги у психічному апараті.

Спочатку ядро несвідомого становлять інстинктивні бажання і пов'язані з ними ранні (інфантильні) форми задоволення прагнень. З часом із ними пов'язують інший зміст, антисоціальний або конфліктний, амбівалентний, високоафективний та ін. Поступово процес його витіснення стає безперервним. Причина витіснення полягає в породженому конфліктом незадоволенні, тому зміст несвідомого постійно поповнюється витісненням. Водночас інстинктивні бажання несвідомого спонукають до створення нових імпульсів, яких теж потрібно позбавлятися. У зв'язку з цим психіка виявляється розділеною на дві антагоністичні структури — несвідоме і свідомість. Між ними існує вузький коридор передсвідомого, через який відбувається обмін психічним змістом під неухильним контролем *цензури* — інстанції, що водночас слугує задоволенню несвідомих бажань і пристосовується до вимог навколишньої дійсності.

Несвідомі бажання, імпульси та образи, що прагнуть до вираження та втілення і які активно стримує свідомість, — це *динамічне несвідоме*, джерело психіч-

ної активності. *Дескриптивним (описовим) несвідомим* є загалом усе, що недоступне свідомості. Їх контролює цензура, яку не слід розуміти тільки як систему заборон. Вона перепиняє можливості розповіді та асоціацій на психоаналітичному сеансі.

Свідомість у психоаналізі трактують як розташовану на периферії психічного апарату здатність розрізняти властивості предметів та явищ і сприймати нові враження незалежно від попередніх. З. Фройд був далекий від розуміння свідомості як вищого рівня психіки, що інтегрує враження від реальності в осмислений концепт світу. Основне завдання свідомості — забезпечувати потреби несвідомого, шукаючи у навколишній дійсності відповідні об'єкти та умови для задоволення прагнень. Отже, саме несвідома динаміка бажань (спонукальна основа поведінки) зумовлює нормальне або патологічне особистісне функціонування. Свідома регуляція відіграє незначну роль у роботі психічного апарату, але форми психопатології за недостатнього контролю над імпульсами (психоз) відрізняються від неврозу, пов'язаного з їх надмірним пригніченням і витісненням.

Розглядаючи Я (Его) як зв'язну організацію психічних процесів в особистості, Фройд характеризував компенсаторну природу його участі в утворенні симптомів психічних розладів. Несвідома динаміка у невроті проявляється так: Я витісняє і пригнічує прагнення на догоду принципу реальності, а потім відбувається несвідома компенсація, що «винагороджує потерпілу частину Воно (Ід)». Наслідок такої компенсації — невротична симптоматика. Вона призводить до втрати саме тих аспектів реальності, які вимагали відмови від бажань, а сам невроз як наслідок «недовитіснення» гарантує Воно (і суб'єктові загалом) задоволення у формі вторинної вигоди.

Як правило, привернення уваги клієнта до вторинної вигоди від своїх симптомів і проблем вдало структурує терапевтичну роботу. Обговорення «вигідних», зручних для нього наслідків невротичних порушень допомагає повернути втрачені фрагменти реальності, тобто сприяє формуванню реалістичніших і здоровіших уявлень про себе і соціальне оточення. Крім того, аналіз нарцисичної динаміки вторинної вигоди дає змогу суб'єктові відчувати свої симптоми як хворобливі (его-дистонні),

невластиві здоровому самопочуттю. Досить часто обговорення *первинної* (способи і форми втечі у хворобу або проблему) і *вторинної* (додаткове задоволення від уваги і турботи, яку отримують нещасні і хворі люди) *вигод* від неврозу становить половину всієї терапевтичної роботи.

Інколи аналіз вторинної вигоди так руйнує ілюзію внутрішнього комфорту клієнта, що невротична симптоматика видозмінюється у психотичну. *Невроз* — легкий рівень психічного розладу, коли людина відчуває різні негаразди (як душевні, так і тілесні), однак продовжує адекватно функціонувати в суспільстві і спілкуватися з людьми. При *психозі* вона втрачає цю здатність, у своїх діях і вчинках керується потягами Ід. Психотик не сприймає адекватно реальності і власної особистості; механізми свідомого контролю над поведінкою в нього не діють, тому такий суб'єкт може становити загрозу для інших і самого себе.

У психозі процеси витіснення захоплюють частину реальності, з якою Воно не може погодитися, а потім конструюється нова реальність, зручна і приємна для суб'єкта. Психоз не знає вторинної вигоди; це не втеча у хворобу від дійсності, а хвороблива, патологічна видозміна реальності на угоду несвідомим бажанням і прагненням. На противагу неврозу, він (подібно до дитячої гри) опирається на частину реальності (але не ту, від якої він має захищатися), додає їй особливого і таємного значення, яке називають *символічним*.

Викривлення реальності через витіснення зумовлює іншу картину, ніж робота психологічних захистів. Ці процеси часто взаємопов'язані, та й загалом витіснення присутнє як компонент у більшості захисних механізмів. Проте між ними є певні відмінності. Витіснення може прогресувати, захоплюючи нові ділянки дійсності, і дедалі більше спотворювати картину світу. Наприклад, спочатку було витіснено невеликий епізод або конкретний факт, що травмував людину. Проте після цього може виникнути бажання «викреслити» всю ситуацію або всю діяльність, у межах якої суб'єкт зазнав травми. Доводиться витіснити учасників чи випадкових свідків події (забування імен, ландшафту чи інтер'єру місця події тощо). Усе це перетворює зв'язну картину або розповідь на образи й уривки, тоді як

психологічні захисти просто змінюють травматичне значення подій на нейтральне або нешкідливе. Тому емоційні наслідки роботи захисних механізмів — роздратування, лють, гнів; витіснення — страх. Відчуття страху посідає місце репресованого переживання, а наростання тривоги супроводжує процес його повернення у свідомість. Кожен психоаналітик у своїй роботі рано чи пізно стикається зі страхом, який виникає внаслідок складної роботи Его для збереження рівноваги між суперечливими вимогами Ід, Супер-Его і зовнішнього світу. Саме в Я розвивається здатність реагувати страхом не тільки на ситуацію реальної небезпеки, а й на загрозливі обставини, за яких травми можна уникнути.

Специфічною формою страху є відчуття безпорадності, пов'язане з неконтрольним наростанням сили несвідомих бажань. На відміну від страху перед реальністю (переживання реальної небезпеки, зовнішньої загрози), такий страх часто переживається як почуття тривоги, яка не має конкретного об'єкта, а пов'язана з Я. На думку З. Фрейда, у людей, які не навчилися керувати своїми інстинктивними прагненнями, інстинктивний імпульс яких не обмежений ситуативними обставинами чи внаслідок невротичного порушення розвитку не може бути відреагований, енергія цього прагнення може здолати їх. Така перевага імпульсу, перед яким людина відчуває себе безпорадною, створює передумови страху. Інстинктивні бажання загрожують по-різному. Наприклад, страх може бути пов'язаний із тим, що пристрасть прагне безмежного задоволення і тим самим створює проблеми. Однак і сам факт, що людина може втратити контроль над собою, викликає дуже неприємне відчуття, безпорадність, а у важких випадках — страх.

Невротичний страх безпорадності поширений у сновидіннях, він може спричинити сильний опір усвідомленню бажань. У своїй праці «Моторошне» (1919) З. Фрейд зарахував до найтривожніших переживань повернення витісненого, стверджуючи, що символічним аналогом того, що має бути прихованим, але раптово виявилось, є кошмари, пов'язані з воскреслими мерцями, привидами, духами тощо. Він вважав передумовою страшного переживання відновлення якогось

враження, витісненого інфантильного комплексу або підтвердження подоланих раніше примітивних уявлень.

Інакше переживаються ірраціональні за формою, а не за суттю страхи: перед конкретними об'єктами, ситуаціями, які можуть становити реальну загрозу (злі собаки, змії, високі скелі та прізви) або бути порівняно нешкідливими (темрява, жаби, павуки, старі циганки тощо).

Клієнтка поскаржилася психотерапевтові на сильний страх перед зміями. Судячи з розповіді, це була справжня фобія: побачивши схожі об'єкти або навіть просто згадавши у розмові те, що вони трапляються в несподіваних місцях (у парку, на дачі), дівчина починала кричати, а випадкове перебування неподалік нешкідливого вужа закінчилося нестримною істерикою. У бесіді про причини виникнення цього страху виявилось пов'язане з ним велике асоціативне поле. Для клієнтки змія символізувала тільки негативні моменти, а загальна культурна семантика, асоційована з вічною молодістю, мудрістю, цілющими властивостями та іншими позитивними характеристиками, була відсутня.

Далі з'ясувалося, що по-справжньому витісненими були амбівалентні (подвійні) аспекти зміїної природи, асоційовані з могутніми, проникливими і тому небезпечними фігурами. Сама змія сприймалася як прихований (у траві) фалос, що символізує несвідоме бажання сексуального характеру. Страх змії як симптом замістив визнання своєї підвладності бажанню. Цілком очевидно, що фобійна реакція оберігала клієнтку від зіткнення з витісненими аспектами власної сексуальності, пов'язаними з іпостассю фалічної жінки. Страх перед цією демонічною фігурою був перетворений на фобію.

Провідна роль, відведена страху в розумінні того, як саме Я підтримує рівновагу в системі психіки, зумовлена афективною динамікою психоаналітичної процедури. Інтерпретацію терапевта, навіть своєчасну, правильну і точну, клієнт приймає далеко не завжди. У процесі психоаналітичної роботи основним є не стільки зміст інтерпретацій, скільки їх прийнятність, готовність пацієнта поділити і підтримати позицію терапевта. За своїм значенням схвалення відмінне від усвідомлення: це довільний, а не спонтанний акт; розпізнати його можна за емоційним потрясінням, що супроводжує трансформацію афективного досвіду під час аналізу.

У терапевтичній практиці відкрите обговорення страху, пов'язаного з перебігом терапії, свідчить про подолання опору Я, сприяє розблокуванню психологічних захистів. Якщо аналіз не зрушується з місця через раціоналізований опір, завжди корисно ініціювати регресію, зробивши предметом бесіди ранні дитячі страхи, страх смерті, новини і будь-які інші його форми. Іноді клієнт сам вважає страх основою своїх проблем, але частіше симптоматика страху стає фокусом терапії при аналізі сновидінь. Страх — це те, що людина відчуває, коли будь-яка небезпека загрожує її нарцисизму.

Нарцисизм

Основним чинником більшості психологічних проблем особистості є нарцисизм. Нарцисичні прагнення і бажання властиві всім людям, вони нормальні лише за умови, коли не набувають провідної ролі в особистісному функціонуванні. Нарцисична довершеність — це та фантазія, заради підтримання якої суб'єкт вдається до витіснення, раціоналізації та інших захистів. Люди захищають ідеальний образ Я від будь-яких спроб оточення вказати, що це не так, і від власних здогадів про його недовершеність. У психоаналізі завжди беруть до уваги нарцисичну природу численних особистісних утворень і характеристик.

Нарцисизм (грец. Narkissos — ім'я міфічного персонажа) — ідеалізація власного Я, прагнення справляти враження бездоганної істоти — розумної, красивої, доведеної, а також ненаситний пошук підтримки цієї ілюзії оточенням.

Проблема нарцисизму — одна з найцікавіших у глибокій психології. Якщо виходити з побутового уявлення про нарцисичну особистість як егоцентричну і самозакочану людину, чий інтереси значною мірою зосереджені навколо власного Я, то зрозуміло, чому нарцисична симптоматика настільки важлива для психотерапії. Нині нарцисичні невротики становлять більшість серед інших категорій клієнтів психологічних консультацій. Спричинене це підтриманням і популяризацією в сучасному суспільстві нарцисичної моделі особистості; зверненням до психотерапевтів передовсім людей із високим

відчуттям значущості свого Я, яскраво вираженим інтересом та увагою до власної особистості.

На рівні психологічних механізмів нарцисизмом називають тенденцію спрямовувати лібідо на власне Я, а не на інших осіб, які могли б стати об'єктом бажання. Нарцисична заклопотаність собою і своїм благополуччям є основною проблемою в людей, чия життєдіяльність організована навколо ненаситної потреби одержувати підтримку і похвалу з боку оточення. Реальна або уявна власна досконалість не приносить нарцисичному суб'єкту задоволення, якщо він не одержує підтвердження цієї досконалості в будь-якій формі і відразу.

Нарцисичні особи вирізняються специфічною манерою поведінки, завдяки чому їх легко ідентифікувати. Вони характеризуються відчуттям власних виняткових прав, фантазіями про всезнання і всемогутність, вираженість яких залежить від гостроти психопатології. Супутні афекти коливаються від душевного піднесення (внаслідок підкріплення самооцінки) до розчарування, депресії або т. зв. нарцисичного гніву, коли зачіпають їхнє самолюбство.

У процесі аналізу необхідно розрізняти нормальний, патологічний і злоякісний нарцисизм. *Нормальний нарцисизм*, зумовлений ранньою (нарцисичною) стадією психічного розвитку, проявляється як природна турбота про власну значущість, потреба у схваленні своєї поведінки та особи. При цьому людина далека від нарцисичної заклопотаності і не сприймає зовнішній світ як обов'язково причетний до оцінки власного Я. Досягнення та успіхи інших не загрожують руйнуванням нарцисичної цілісності власного Я, суб'єкт здатний адекватно оцінювати інших людей і довіряти їх думці про себе.

Патологічний нарцисизм найчастіше пов'язаний із дефіцитом самоповаги і заниженою самооцінкою. Через надто вимогливе Супер-Его такі люди відчувають себе не просто самотніми і непотрібними, а зовсім не гідними любові та уваги. Вони мають постійну потребу в підтвердженні власної значущості. А проєктивне знецінення людей, що їх оточують, як холодних і черствих, не вартих довіри і поваги, ідеалізація власного Я і відчуття переваги над іншими призводять до формування «грандіозного Я», для якого найвища оцінка все одно буде недостатньою. За сильної залежності від чужих думок і

оцінок нарцисична особа нікому не довіряє, не терпить критики, а похвалу сприймає насторожено. Крім того, такі люди дуже амбівалентні. Їх нарцисична самооцінка то занадто висока, то занижена — аж до повної невпевненості в собі. Такі коливання зумовлені внутрішньою несвідомою динамікою, а їх причину суб'єкт убаचाє в ненадійності соціального оточення або референтної групи.

Про *злоякісний нарцисизм* свідчить неспроможність індивіда спрямовувати бажання на об'єкт, оскільки любов до іншої людини «віднімає лібідо» від власного Я. Злоякісний нарцисизм є повним заміщенням будь-яких прагнень нарцисичним самозадоволенням. При цьому спотворення реальності зумовлює «тонко налагоджена» система психологічних захистів, що оберігають нарцисичну велич і цілісність уявного образу Я.

Відмінність між нормальним, патологічним і злоякісним нарцисизмом, як і належність клієнта до відповідного рівня особистісної організації, можна оцінити за властивими йому способами реагування на образ. Нарцисичні особи дуже вразливі і рідко відповідають на образ адекватно. Такі реакції, як терпимість, визнання помилок або неспроможність ідеальної репрезентації власного Я, толерантність до фрустрації дій, для них не характерні. Натомість вони активно використовують заперечення та ідеалізацію, їхнє уявлення про власну велич може парадоксально зміцнюватися після невдач. Як захисний механізм такі люди застосовують усемогутній контроль («Варто мені тільки захотіти!»). Вкрай патологічною формою реакції на образ є фантазія про можливість урятувати високу самооцінку та уникнути нарцисичної катастрофи ціною відмови «взагалі бути». Роздуми на тему «Ось я помру, тоді пошкодуєте!» мають нарцисичну природу і передують багатьом самогубствам. Аналогічне, хоч і протилежне за своєю природою, бажання покарати кривдника, знищивши його, теж достатньо типове. Підлітки з нарцисичною симптоматикою часто проявляють асоціальну поведінку (вживання наркотиків, втеча з дому, бродяжництво).

3. Фройд вважав нарцисичних пацієнтів малопридатними для психоаналізу. Він розглядав нарцисичний невроз як неспроможність налагоджувати трансферентні відносини з аналітиком, наголошуючи, що

зверненість лібідо на себе межує із психотичною відмовою від реальності. Нині нарцисичну організацію особистості не розцінюють як протипоказання для аналізу, однак терапевтична робота з такими людьми може бути тривалою і важкою.

2.4. Психосексуальний розвиток особистості

У класичному психоаналізі раннє дитинство (перші п'ять років життя) розглядають як фундамент психічної структури особистості. Виокремлені З. Фройдом стадії психосексуального розвитку вважають визначальними чинниками її організації, а також формування психологічних проблем і невротичних симптомів.

Пренатальна стадія і травма народження

Першим етапом особистісного розвитку є відокремлення дитини від матері, народження і психічне народження (термін М. Малер) людини. Народження, на думку більшості психоаналітиків, є сильною фізіологічною і психологічною травмою, яка надалі слугує універсальним зразком (прототипом) для ситуацій, пов'язаних зі стражданнями, дискомфортом і тривогою. Найбільш вражаючі описи впливу пологової травми на подальше життя особистості містять роботи Отто Ранка («Травма народження», 1924) і Шандора Ференці («До теорії генітальності», 1924).

О. Ранк зосередив увагу на переживаннях немовляти, вирваного з приємних і природних відчуттів блаженного тепла, захищеності, достатку і комфорту. Опинитися поза материнською утробою — найсильніший шок, який переживає людина за все життя. Решта страждань будується за образом пологової травми, що становить резервуар первинної тривоги, окремі порції якої вивільняються надалі в неприємних або загрозливих ситуаціях. Особливо сильне переживання тривоги викликають такі епізоди: розрив зі значущим (коханим) об'єктом, втрата статусу і пошани, тілесна травма,

будь-яка емоційна втрата. Це нагадує людині про відчуття безпорадності, ворожості та страху, які вона вперше пережила при входженні в цей світ.

У процесі розвитку особистість навчається витримувати такий страх. Маленькі діти цього ще не вміють — вони уявляють собі остаточну втрату (смерть) як від'їзд або відхід, намагаються пояснити розрив за допомогою захисної раціоналізації («він був поганий, і мама його покинула, а я хороший і слухняний»). У дорослих рано чи пізно формуються ефективні механізми боротьби з тривогою втрати, проте майже кожна подібна ситуація реактивує первинну тривогу, викликаючи могутнє ірраціональне переживання безпорадності і страху та сильне несвідоме прагнення повернутися в безпечне і затишне материнське лоно.

Проблеми, пов'язані з пологовою травмою, мають особливу специфіку в недоношених і народжених за допомогою кесаревого розтину немовлят. Поширена думка, що недоношеність або важкі пологи посилюють соматичні проблеми; медики також вважають цей факт надзвичайно важливим для анамнезу дитячих хвороб. Водночас люди схильні приписувати особливу хоробрість і мужність тим, хто народився шляхом розтину. Так, у В. Шекспіра Макбет, дізнавшись від Макдуфа про те, що «ножем я вирізаний, а не народився», втрачає здатність битися і зазнає нищівної поразки. У фольклорі різних народів багато таких прикладів.

Насправді значення має не стільки факт патологічного народження, скільки ставлення самої людини до того, що їй стає відомо про початок власного життєвого шляху. Образливе прізвисько «недоносок» впливає на самооцінку сильніше, ніж факт, відображений у ньому. Те саме стосується і частих випадків обвивання пуповини навколо шиї немовляти — дорослого «душить» радше знання або уявлення про те, що це погано. Класичний приклад — народження «в сорочці» (тільки воно має позитивну семантику).

Невротична симптоматика, зумовлена нарцисичними особливостями немовляти, особливо часто пов'язана з безсиллям і некомпетентністю в соціальній сфері. Прикладом можуть слугувати екстрасенси, численні парапсихологи та «діагности карми», інші цілителі

душі та тіла, які всерйоз претендують на магичну велич і всемогутність. Їхні ідеї — яскрава ілюстрація психоаналітичних уявлень про несвідомі первинні процеси, що керують поведінкою індивіда на першому році життя, коли відчуття реальності і вторинні процеси (свідомість і критика) ще не розвинуті. Такі особливості поведінки З. Фройд спостерігав у примітивних народів, яким властиві переоцінювання могутності бажань і душевних порухів, всемогутність думок, віра в надприродну силу слова, прийоми «магічної» дії на зовнішній світ, що справляють враження послідовної реалізації уявлень про власну велич і всемогутність.

Розвиток почуття реальності, здатності розрізняти власне Я і навколишню дійсність відбувається поступово і потребує відмови від нарцисичних задоволень. Провідну роль у цьому процесі виконує мати, яка розумно чергує задоволення потреб і часткову їх фрустрацію (придушення). У занадто дбайливої матері дитина позбавлена необхідності розвивати контакти з дійсністю; у недостатньо дбайливої — переживає страх перед загрозливою ворожістю навколишнього світу. Ці переживання (нарцисичне самовдоволення або тривога) можуть пригадуватися або повторюватися в дорослої людини. Практично завжди вони активуються в процесі психотерапії незалежно від її глибини (аналітичності).

Оральна стадія

Після народження у психосексуальному розвитку особистості настає оральна стадія, що охоплює перший рік життя. Вона характеризується поступовим формуванням і диференціацією почуття Я. Спочатку психіка новонародженого представлена несвідомими прагненнями та інстинктами, задоволення яких має відбуватися негайно, а відчуття задоволення поширюється по всьому тілу дитини. Его спочатку формується як інстанція, здатна відтермінувати задоволення, а також обрати і реалізувати спосіб його досягнення. Пізніше розвивається здатність відмовлятися від деяких бажань і способів їх задоволення. Ця функція співвідноситься з Над-Я. Его у відношеннях між Я і несвідомим — наче лінза, в якій заломлюються всі подразники, що надходять із внутрішнього світу. Водночас Его вбирає в себе

подразники із зовнішнього світу, які воно має засвоїти і модифікувати. Его перебуває на межі між внутрішнім і зовнішнім світом, і розвиток інстинкту завжди залежить від природи прагнень Я.

Спочатку Я розвивається і диференціюється «на службі в Ід (Воно)». На оральній стадії розвитку Его представлено широким спектром нарцисичних переживань, оскільки значна частина енергії лібідо немовляти спрямована на власне тіло. Якщо дорослий найконкретніше втілює власне Я у процесах самопізнання і самоусвідомлення, то в дитини до року відчуття Я існує як задоволення, причому до Я спочатку зараховують будь-які хороші і приємні аспекти навколишнього світу.

У розвитку свідомого Я особистості як її основної феноменологічної властивості на перший план виходить поняття «межі Я». Ґрунтовні дослідження в цій галузі здійснив німецький аналітик Пауль Федерн (1871—1950). Розглядаючи «відчуття Я» як переживання душевної і тілесної єдності особистості в часовому і змістовому аспектах, він трактує Я одночасно і як носія (суб'єкта), і як предмет свідомості. Інакше кажучи, особисте Я — це довготривала пам'ять, воно подібне до альбому з фотографіями, що відобразили психічний статус людини в різні періоди життя. Теорія Федерна пояснює процеси регресії та випадки інфантильної поведінки дорослих як повернення до ранніх способів витіснення життєвих труднощів і проблем. Специфічні ділянки (зони) Я, що гостро і тонко відчують дійсність, він називає *межами Я*. Вони визначають здатність особистості відмежовуватись від тяжких переживань і нерозв'язних труднощів, а також механізми деперсоналізації, які застосовують для того, щоб розмежувати переживання безсилою панікуючого і впевнено-компетентного Его, додавши тим самим йому значної стійкості. Межі Я оберігають відчуття ідентичності і впевненості в собі. Вони не є жорсткими. Людина відчуває, де припиняється її Я, коли межі змінюються. Відчуття меж Я, оскільки вони постійно змінюються, переживається легше; ним сповнена вся свідомість.

Описані П. Федерном тонкі відмінності в переживанні різних аспектів власного Я дуже важливі для психоаналізу. Часто патологічні процеси, пов'язані з розщепленням особистості та деперсоналізацією, психотичні зриви у декомпенсованих невротиків і помежових

пацієнтів можна передбачити з розповідей про межі Я. Особливо значущими є переживання, зумовлені динамікою самої терапії.

До психоаналітика звернулася клієнтка-медсестра. Вона відчувала відчуження від терапії, цілком задовільної за результатами та емоційним фоном. У неї була сильна регресивна динаміка, супроводжувана яскраво вираженими позитивними трансферентними почуттями. Клієнтка наголошувала, що ці почуття «наче не її», «не зовсім справжні». Погано реагувала на вимушені перерви в терапії, дуже цікавилася успіхами інших клієнтів, заздрісно побоюючись, що ті мають нагоду якось додатково взаємодіяти з аналітиком, проте наполегливо відмовлялась аналізувати ці переживання. Вона не хотіла говорити про них і не бажала «розбиратися з малоістотними речами». Заперечуючи інтерпретації трансферентних почуттів як значущих переживань, вона виносила їх за межі власного Я. А через деякий час кинула роботу, звинувативши терапевта в тому, що з його вини колеги почали вважати її професійно неспроможною, божевільною тощо. Жодні інтерпретації і логіка здорового глузду не змогли спростувати цих параноїдальних ідей. Клієнтка відчула спроектовану на аналітика ворожість у формі саморуйнівних оцінок і думок значущих людей, вона не зуміла відокремити катастрофічні переживання власної професійної та особистісної нестійкості і трансферентні проєкції. Межі Я зруйнувались і поховали під собою не тільки аналіз, а й нормальні відносини з реальністю. Надалі вона впоралася з цим, але більше не працювала за своєю основною спеціальністю.

Деякі автори (К. Абрахам, Е. Гловер, О. Феніхель), розвиваючи ідеї Фрейда про співвідношення задоволення і фрустрації на оральній стадії розвитку, а також про два основні способи орального задоволення (смоктання і кусання), описали оральний тип характеру. У дорослої людини характер формується упродовж перших п'яти років і залежить від фіксації на певній стадії психосексуального розвитку. Оральний характер мають люди, що надають перевагу оральним способам одержання задоволення, причому набір типових рис різниться залежно від того, що переважало в дитинстві — задоволення чи фрустрація.

Орально задоволена особистість — це веселий оптиміст, розпещений, ледачий, з легкістю ігнорує труднощі. Він відкритий і товариський, упевнений, що в

цьому кращому зі світів усе, що відбувається, — на краще. Орально вдоволені люди мають симпатію оточення, стійкі у кризових ситуаціях, але не люблять докладаати зусилля навіть задля власних цілей. Вони задоволені тим, що є, і не напружуються без крайньої необхідності.

Орально фрустрована людина песимістична, пригнічена, невпевнена в собі і відчуває постійну потребу в безпеці та захисті. Вона заздрісна і вороже ставиться до чужих успіхів, що пов'язано з претензіями на власну винятковість. Не знає міри в їжі, питті та інших тілесних насолодах, проте в них не відчувається щасливою — через ненаситність. Як правило, це дуже активний, цілеспрямований і честолюбний індивід із високою мотивацією досягнень. Орально фрустрований характер переконаний, що іншим завжди дістається більше, ніж йому. Основна його риса — заздрість.

Ці дві групи рис можуть траплятися в різних поєднаннях, оскільки на оральній стадії розвитку задоволення і фрустрація постійно чергуються.

Отже, основним джерелом психологічних проблем є невикористаний первинний нарцисизм, що знов і знов повертається у формі різноманітних егоцентричних потреб. Примітивно-нарцисична симптоматика полягає у зниженні контролю над реальністю, спотвореному сприйнятті себе та інших людей, нереалістичних уявленнях про власні можливості, вимогливості і претензії на винятковість, нав'язливому бажанні бути повністю захищеним від усіх неприємностей.

Клієнти з фіксацією на оральній стадії розвитку виглядають і поведуться як егоїстичні, примхливі діти. У роботі з ними вкрай необхідне терпіння, бо аналіз більш подібний до виховання і навчання, а не до терапії як лікування. Іноді корисно пояснювати клієнтам межу між опором і простою впертістю, вторинним захистом і елементарною безвідповідальністю, емоційною травмою і звичними капризами. Зрештою, проблеми інфантильної особистості не розв'язати інакше — людина має стати дорослим і відповідальним суб'єктом власного життя.

Поведінку та вчинки інфантильної людини порівняно зі зрілою описала А. Фройд у праці «Норма і патологія дитячого розвитку» (1965). Індивіда характеризують як незрілого доти, доки інстинктивні бажання та їх

здійснення розділені між ним і його оточенням за таким принципом: бажання на його боці, рішення про задоволення або відмову — на боці зовнішнього світу. Від цієї моральної залежності, яка для дитинства є нормальною, тривалий і важкий шлях розвитку до нормального дорослого стану, в якому зріла людина здатна бути суддею у власних справах, тобто на основі своїх очікувань і внутрішніх ідеалів контролювати наміри, піддавати їх розсудливому аналізу і самостійно вирішувати — потрібно спонуку відхилити, відкласти чи перетворити на дію. Це і буде найкращий результат терапевтичної роботи з проблемами, зумовленими інфантильністю.

Анальна стадія і анальна проблематика

Наступна в онтогенезі анальна стадія психосексуального розвитку характеризується подальшим просуванням дитини від принципу задоволення до принципу реальності. Одночасно відбуваються розвиток самостійності та соціалізація, що опираються на три основні досягнення малюка: оволодіння правилами туалету, мовою і ходьбою. Починається формування Супер-Его — за допомогою засвоєння батьківських вимог і заборон, передовсім пов'язаних з охайністю і безпекою.

З. Фройд у ранній роботі «Характер і анальна еротика» (1908) описав людей з анальним характером як дуже акуратних, ощадливих і впертих, наголошуючи, що акуратність означає тут не тільки фізичну охайність, а й сумлінність у виконанні дрібних зобов'язань. На людей «акуратних» у цьому значенні можна покласти; протилежні риси — безладність, недбалість. Ощадливість може дегенерувати у скупість; упертість іноді переростає у заповзятість, до якої легко приєднуються схильність до гніву і мстивість.

Проте така і подібна проблематика нечасто стає предметом терапії саме як анальна. Клієнти переживають природне і цілком зрозуміле почуття сорому, а терапевти не хочуть виглядати претензійними і смішними. Однак недооцінювання та ігнорування ролі анальності у процесі розвитку дітей і дорослих зменшує ефективність аналітичної роботи.

Психічні переживання на анальній стадії переважно зосереджені навколо екскреції, контролю над нею і всього, що з цим пов'язано. Для психоаналізу важливий не так дитячий досвід, як його вплив на поведінку дорослого. Проте розібратися в цьому непросто, і не тільки тому, що пацієнти не хочуть розказувати про анальні проблеми, а навпаки, насторожуються, щойно терапія наближається до їх обговорення.

У терапії не обійтися без розуміння того, яку роль виконує анальна стадія у виникненні та переживанні психологічних труднощів і проблем. Загальноприйнятою є думка, що в анальності закорінені такі серйозні порушення, як невроз нав'язливих станів, параноя, гомосексуальність тощо. Психіатри вважають втрату контролю над дефекацією і сечовипусканням діагностичною ознакою, яка доводить наявність психозу. Амбівалентність ставлення до грошей і цінностей, антагонізм активних і пасивних форм поведінки, самоконтроль — все це також бере початок на анальній стадії розвитку.

Сексуальні збочення, наприклад садомазохізм, часто безпосередньо пов'язані з анальною фазою. Анальний світ є замкнутою, обмеженою системою, тоді як оральний нарцисизм відкритий і безмежний. За твердженням німецької аналітики Паули Хайманн, оскільки цикл анальної потреби, полегшення і задоволення відбувається без сприяння й участі матері, слід припустити, що фантазії, які стосуються анальних почуттів, за своєю суттю абсолютно нарцисичні і безоб'єктні. Щоб перейти на рівень об'єктивації, вони потребують опори на об'єкти. Зв'язок з об'єктом, будучи довільним і випадковим, може формувати різноманітні форми перверсивної (збоченої) поведінки. У працях сексопатологів і психіатрів описано специфічні зв'язки анальних (особливо садистичних) імпульсів з об'єктами, далекими від звичних уявлень про сексуальну привабливість (тварини, трупи тощо).

Анальну стадію розвитку часто називають ще анально-садистичною. Це пов'язано з тим, що поведінці дітей дво- і трирічного віку часто властиві лють, гнів, спалахи злості і мстивості, нарочита впертість. Під впливом виховання і покарань за принципом реактивних утворень можуть розвиватися протилежні риси —

відповідальність, свідомість, жорсткий самоконтроль, сильне почуття обов'язку.

Багато психоаналітиків услід за З. Фройдом виводять особливе значення анальної стадії з того, що саме в цей період відбувається серйозне зіткнення дитячого нарцисизму з об'єктними відносинами. Дитину, яка надає перевагу нарцисичному задоволенню від затримки дефекації, звичайно називають «поганою». Слухняні діти, що контролюють сфінктер (м'яз, що закриває вихід із прямої кишки) на догоду вимогам дорослих, розвивають, як правило, успішніші відносини з оточенням. В обох випадках у дорослих ситуації, пов'язані з утратою контролю, нестриманістю (у широкому значенні) викликають сильне відчуття сорому, «забрудненості». Несвідоме анальне задоволення ретельно витісняється, і в людини можуть формуватися різні невротичні сценарії поведінки.

Досить поширеним (особливо в жінок) є переконання, що бути стриманою (холодною), завжди контролювати себе — єдина можливість не «забруднитися» в любовних і сексуальних стосунках. Іноді це поєднується з несвідомим очікуванням насильства як нормальної форми сексуальної ініціації. Так, до психоаналітика звернулася клієнтка, що пережила досвід зґвалтування як цілком прийнятний у сексуальному плані. Надалі у стосунках із чоловіком вона була надзвичайно стриманою і мала оргазм тільки в тих випадках, коли чоловік поведився грубо. Клієнтка називала його «брудною твариною» (проекція) і ставала агресивною у відповідь на спроби чоловіка поводитися ніжно і ласкаво. Коли терапевт дав анальну інтерпретацію цього патерну, жінка раптово розреготалася і всередині тривалого нападу сміху вимовила сакраментальну фразу: «Вср...ся можна!». Одержавши (або давши собі) дозвіл на задоволення в такій незвичній для неї мовній формі (клієнтка була дуже інтелігентною, вихованою і витонченою жінкою), вона змогла значно поліпшити сексуальні стосунки зі своїм чоловіком.

Обговорення анальних проблем часто викликає у клієнтів сильний опір, який вони вважають цілком природним і навіть необхідним. Особливо це стосується людей із мінімальними психологічними знаннями. Маючи розпливчате уявлення про те, що із психотерапевтом, найімовірніше, доведеться обговорювати сексуальні проблеми, вони зовсім не готові до розмови про

прегенітальні форми еротичних переживань. Регресія на анальну стадію може відбуватися легко і досить швидко, — тим більше клієнт опирається, відмовляючись її визнавати. Часто загальна динаміка аналізу є міметичною копією властивих клієнтові регресій і фіксацій: він уважно і здивовано «поглинає» інтерпретації, що стосуються оральної стадії, а потім довго «тужиться», щоб розказати про анальну проблему, з відчуттям зняття тягаря й полегшення розглядаючи результат («припнухуючись» до нього). Від аналітика він чекає материнського терпіння і несвідомо побоюється, щоб той не почав гидливо морщитися у відповідь на анальні зізнання.

Тому завжди корисно наперед розповісти пацієнту про основні особливості стадій психосексуального розвитку, наголосивши, як важливо розуміти несвідомі механізми, що структурують проблеми дорослої людини за образом і подобою дитячих переживань.

Едіпова стадія та едіпів комплекс

У вітчизняній психології едіпову стадію ще називають дошкільним дитинством. Це період від трьох до п'яти-шести років. У цьому віці, на думку психоаналітиків, формуються основні шаблони сексуальної поведінки, а також Супер-Его — основна контрольна інстанція людської поведінки, місцеперебування почуття вини, ідеалів, совісті та моралі.

Якщо психодинаміка оральної та анальної фаз більш-менш зрозуміла й очевидна, то проблеми едіпової стадії набагато складніші. Крім того, переважно саме едіпова проблематика визначає трансферентні відносини терапевта і клієнта. А якщо додати до цього складні перипетії реальних життєвих відносин, зумовлені едіповим комплексом, проблеми зрілої сексуальності та особливості Супер-Его, то стане зрозумілим, як непросто розібратися в едіпових проблемах дорослих людей. Труднощі розуміння едіпового комплексу, на думку німецького вченого Гельмута Штольца, пов'язані з двома типами тісно переплетених між собою проблем: тих, що виникають у процесі статевого розвитку дитини, і зумовлених переходом дуальних стосунків «мати — дитина» на стадію свідомих відносин із багатьма людьми.

На едіповій стадії відбувається розвиток основних патернів мужності і жіночності (маскулінності і фемінності): дитина засвоює прийняту в культурі жіночу або чоловічу роль, більш-менш успішно розв'язуючи пов'язані з ними основні невротичні проблеми — страх кастрації (у хлопчиків) і заздрість до пеніса (у дівчаток). Удосконалюється система психологічних захистів особистості, розвиваються та ускладнюються її відносини зі світом. Навіть цей стислий перелік засвідчує, наскільки едіпова стадія складна і неоднорідна за своїм психологічним змістом.

Специфіка фалічної стадії, за З. Фройдом, визначається тим, що часткові (пов'язані з різними ерогенними зонами і ділянками тіла) бажання підкоряються геніталіям, зосереджуючись навколо пеніса у хлопчиків і його аналога — клітора — у дівчаток. На цій стадії, на відміну від генітальної організації пубертатного періоду, дитина будь-якої статі визнає лише один статевий орган — чоловічий, так що статеві ознаки визначають за відмінністю між фалічним і кастрованим. Численні спостереження за дітьми підтверджують, що в цьому віці вони активно досліджують свої геніталії, бавляться з ними і цікавляться аналогічними частинами тіла однолітків і дорослих. У класичному психоаналізі усталася думка, що внаслідок такої цікавості і порівняння себе з іншими дітьми хлопчик починає пишатися своїм пенісом, а дівчинка переживає розчарування і заздрість. Проте нарцисична гордість хлопчика супроводжується страхом втратити таку важливу відмінність (тривога кастрації), а «заздрість до пеніса» (наявність такого почуття активно заперечує багато аналітиків, особливо Карен Хорні) стає основою нормального жіночого варіанта психосексуального розвитку. Обидва ці моменти пов'язані з едіповим комплексом.

Прояви едіпового комплексу докладно описав З. Фройд. Маленький чоловік один хоче володіти матір'ю, сприймає присутність батька як перешкоду, обурюється, коли той дозволяє собі бути ніжним із нею, виражає задоволення, якщо батько від'їжджає або відсутній. Часто він висловлює свої почуття, обіцяючи матері одружитися з нею. За інших обставин хлопчик виявляє велику ніжність до батька. Такі амбівалентні емоційні установки, які в дорослого призвели б до кон-

флікту, у дитини легко співіснують і пізніше постійно перебувають поряд у несвідомому. Коли малюк проявляє неприкрити сексуальну цікавість до матері, вимагаючи, щоб вона брала його спати із собою, проситься бути присутнім при її туалеті чи навіть робить спроби спокусити її, то в цьому проявляється еротична природа прихильності до матері.

У маленької дівчинки все відбувається (з необхідними змінами) аналогічно. Ніжна прихильність до батька, потреба усунути матір і посісти її місце, кокетування із застосуванням засобів зрілої жіночності саме в маленької дівчинки формують чарівну картину, яка примушує забувати про серйозність і можливі важкі наслідки, що приховуються за цією інфантильною ситуацією.

3. Фройд наголошував передовсім на негативних наслідках едіпової прихильності. Це не означає, що едіпів комплекс є суто невротичним утворенням (як комплекс неповноцінності або провини). Це нормальне, властиве всім людям переживання, а патологічних ознак воно набуває через нездатність розв'язати проблеми цієї стадії, подолати головні едіпові суперечності (любов до одного з батьків, потайна ненависть і бажання смерті іншому). Сплутаність емоцій та почуттів до батьків, яка супроводжує неможливість від них відокремитися, подолавши страх і тривоги фалічної стадії, Фройд вважав підґрунтям сімейного роману невротиків, що здебільшого впливає на структуру неврозу дорослої особистості.

Поведінка матері і батька на фалічній стадії є неусвідомлюваним еталоном, з яким дорослий порівнюватиме інших чоловіків і жінок; стосунки з батьками (емоційно насичені, неоднозначні і складні) стануть взірцем для формування об'єктних відносин. Ті аспекти, які безпосередньо впливають на зрілу любовну і сексуальну активність, — це продукт т. зв. *едіпової триангуляції* — усталення тріади «мати — батько — дитина».

3. Фройд вважав страх кастрації провідним чинником подолання едіпового комплексу. Хлопчик має відмовитися від матері, визнати владу батька і ототожнити себе з ним, а дівчинка — змиритися з відсутністю пеніса і звернути увагу на чоловіка, що в майбутньому як володар цього жаданого предмета буде здатний наділити її дитиною як символічною заміною. Так відбувається «розрив» із батьками як первинними об'єктами

еротичного прагнення і одночасне їх утвердження як авторитетних зразків для наслідування.

Усі явища, пов'язані з цим аспектом психічного розвитку особистості, не потрібно розуміти як патологію або (що часто трапляється) як момент передісторії виникнення «пікантних» проблем. Психологічне пояснення набагато ширше і складніше. Як стверджував Г. Штольц, усі люди — едіпи, які пройшли у процесі розвитку і прояву Я всю едіпову ситуацію. Однак людина переживає її не один раз, а щоразу по-новому в будь-яких тристоронніх взаєминах. У цьому полягає едіпова ситуація, яка постійно представляється в образі вперше пережитого особою «трикутника» — відносин Я, що перебуває між материнським і батьківським.

Багато психотерапевтів неаналітичної орієнтації схильні ігнорувати едіпову детермінацію терапевтичного процесу, забуваючи, що едіпова ситуація завжди наявна тоді, коли людина опиняється перед завданням включити себе в тристоронні відносини задля утвердження в них. За відсутності уваги до едіпальності взаємин із терапевтом психотерапевтичний процес зупиниться, а стосунки терапевта і клієнта дедалі більше заплутуватимуться. Унаслідок цього терапія зміниться на несвідоме «відігривання» едіпового конфлікту обома учасниками.

Розвиток Супер-Его

З едіповим комплексом тісно пов'язане формування *Над-Я* — складного психічного утворення, що контролює бажання і прагнення особистості та її поведінку загалом. Розвиток Супер-Его вважають результатом внутрішнього конфлікту між відчуттям провини та ідеальним уявленням про себе, пов'язаним із засвоєнням батьківських заборон на едіповій стадії. *Над-Я* охоплює моральні та етичні норми і правила, у т. ч. релігійні, совість, провину, принципи і різні заборони, а також ідеали та цінності особистості — усе, завдяки чому вона відрізняє добро від зла і поводить відповідно до уявлень про погане та хороше, належне, припустиме і незволене. Багато що у складі цієї частини психіки несвідоме (майже все, що стосується колективних соціально-

етнічних правил і звичаїв, суспільних табу, професійних або сімейних цінностей тощо). Фройд наголошував, що за своєю природою Над-Я радше колективне, ніж індивідуальне. Психотерапевтам не слід забувати, що Супер-Его, хоч і контролює несвідомі імпульси і свідомість, значною мірою не усвідомлюється.

Важливу частину Над-Я становлять ідеали. *Ідеал-Я* — це власні уявлення людини про досконалість узагалі, а *Я-ідеальне* — її образ в уявленні Значущих Інших. У структурі Супер-Его обидва аспекти ідеалу відповідають за слухняність, прагнення до досягнень і беруть участь у формуванні самооцінки, проте їх внесок у поведінку може бути різним. Наприклад, Его «слухається» Над-Я під страхом покарання, а Ід (Воно) «сліпо любить» Ідеал-Я і підкоряється йому, адже Ід формується на зразок об'єктів любові (батьків, улюблених фольклорних героїв), а Супер-Его — за зразком суворих батьків і вчителів, суддів і поліцейських.

Супер-Его — складна і суперечлива структура, оскільки ідеальні образи, засвоєні з різних джерел, можуть конфліктувати. Дитині нелегко примирити суперечності, особливо якщо протилежні думки і цінності запозичені від авторитетних осіб. Такі конфлікти знижують самооцінку і призводять до недорозвинення «м'яких» компонентів Над-Я, що формуються через засвоєння образу доєдипової люблячої матері. Цей підтримувальний і дбайливий, «гуманний» аспект Супер-Его протистоїть жорсткому садистичному контролю і відчуттю провини. Його слабкість робить Я безпорадним перед Ід, і дитина, а потім і дорослий, втрачає здатність любити, захищати, втішати і керувати з відчуттям гордості за себе. Клієнти з дефіцитом «люблячої та улюбленої» частини Супер-Его завжди готові до докорів і критики, сприймаючи їх як належне, і розгублюються, коли їх підтримують або хвалять.

Успішне становлення Супер-Его забезпечує могутнє потенційне джерело благополуччя і психологічного комфорту. Особистість при цьому все менше залежить від зовнішніх джерел нарцисичної підтримки, здатна долати розчарування і фрустрацію завдяки власним ідеалам і стандартам Над-Я. Вона бере до уваги зовнішню оцінку і критику, причому без крайнощів — не витісняє і не підносить їх до абсолюту.

Щоб краще регулювати процес аналізу, слід чітко уявляти становлення Супер-Его. З. Фройд, характеризуючи загальну динаміку розв'язання едіпових суперечностей, розрізняв нормальний і патологічний перебіг розвитку Над-Я. Я дитини відвертається від едіпового комплексу. Засвоєний Его батьківський авторитет утворює ядро Над-Я, яке запозичує суворість батька, підтверджує заборону інцесту і в такий спосіб запобігає поверненню Я до лібідної (материнської) об'єктної прихильності. Едіпові прагнення частково десексуалізуються і сублимуються, а частково перетворюються на ніжні почуття. Відчуження Я від едіпового комплексу можна класифікувати як витіснення, хоча пізніші репресії здійснюються за участю Над-Я, яке на цьому етапі формується. Цей процес є чимось більшим за витіснення: за сприятливого перебігу він рівнозначний руйнуванню і скасуванню комплексу. Якщо Я насправді не домоглося нічого, крім витіснення едіпальності, вона продовжує несвідомо існувати в Ід (Воно) і згодом скоїть свій патогенний вплив.

Часто основним складником Супер-Его вважають совість, а іноді ці поняття взагалі отожднюють і про людину з розвинутим Над-Я кажуть «у неї є совість», протиставляючи її «безсовісним» соціопатам. Совість належить до етичних чинників. Вона закорінена в розділенні функцій Его, пов'язаних зі сприйняттям та оцінюванням власної особи. Щоб відповідати Я-ідеалу, дитині необхідно пригнічувати частину внутрішніх імпульсів і бажань. Психологічні захисти спотворюють реальність настільки, наскільки це необхідно для психологічного благополуччя індивіда. Проте внутрішню природу не можна змінювати нескінченно. Рано чи пізно дитина і дорослий можуть постати перед вибором: що краще — відповідати вимогам оточення або виражати власну суть? Керуватися справжніми почуттями чи нехтувати ними заради дотримання умовностей? Чи не криється за таким самозреченням боязкість або підлість? Совість як критерій внутрішньої реальності здатна не тільки «гризти» людину за серйозну провину і дрібні грішки, а й контролювати надмірну соціальну бажаність, хворобливо сприймаючи розрив між внутрішньою реальністю і поведінкою.

Психоаналітик Герберт Нунберг вважає виникнення Над-Я виявом синтетичної функції Его. На його думку, імпульси лібідо спочатку прагнуть до асиміляції, об'єднання, примирення протилежностей. Потреба пояснювати причини (виявляти зв'язки між подіями, об'єднувати їх), фантазія і творче мислення належать до сфери синтетичної функції. Его створює з нескінченної кількості сприйнятих, вражень, відчуттів, емоційних образів об'єктів нову незалежну структуру — Супер-Его. Цей новий психічний механізм формується завдяки асиміляції та інтеграції величезної кількості слідів, залишених в Его зовнішніми і внутрішніми подразниками.

Таке розуміння Над-Я добре узгоджується з його функціями не тільки критика і цензора, а й організаційного начала в особі. Супер-Его легко заповнює пропуски, створені витісненням, перевіряє «якість» раціоналізацій, формує вигадливі фантазії на моральні теми. Ця інстанція активно співпрацює із психотерапевтом — у разі, коли його інтерпретації та дії не суперечать ідеалам Над-Я.

Більшість оцінок і думок Супер-Его стосується власної особи, його сприйняття дійсності завжди опосередковане самооцінкою. Ця частина психіки більше пов'язана з несвідомим, ніж із реальністю. «Над-Я занурюється у Воно, — зазначав Фройд. — Як спадкоємець едіпового комплексу воно має з Ід інтимні зв'язки; воно далі від системи сприйняття, ніж Я. Супер-Его спілкується із зовнішнім світом тільки через Я». Тому сприйняття і розуміння світу, наука, технічна творчість і соціальний прогрес є полем діяльності Его, а Над-Я переважно контролює прагнення.

Латентний період психосексуального розвитку особи настає після едіпової стадії і закінчується статевим дозріванням. Так у людини формується зріла генітальна організація, відмінна від інфантильної. Водночас на ній залишають свої сліди попередні стадії розвитку. Магістральна лінія нормального розвитку визначається тріадою «автоеротизм — латентність — генітальність», а вектор психоаналізу є протилежним: від «дорослих» проблем до інфантильно-регресивних впливів конфліктів і переживань раннього дитинства.

Запитання. Завдання

1. Чим відрізняється класичний психоаналіз від інших форм психодинамічної терапії?
2. Дайте визначення психоаналітичного сетингу. Яким він буває?
3. Укажіть вимоги до пацієнта в класичному психоаналізі.
4. Охарактеризуйте погляди З. Фрейда на причини неврозів і психологічних проблем особистості.
5. Чим визначається типологія проблем у психоаналізі?
6. Визначте критерії закінчення терапії у психоаналізі.
7. Охарактеризуйте основні феномени психоаналітичного процесу.
8. Дайте визначення психологічного захисту. Які психологічні захисти властиві вам особисто і добре знайомим вам людям?
9. Розкрийте сутність нарцисизму. Яким він буває?
10. Охарактеризуйте стадії розвитку особистості за З. Фрейдом. Які проблеми можуть спричинити порушення на кожній зі стадій?

3.

Постфройдистські школи і напрями

Класичний психоаналіз, попри певні суперечності, зберігає цілісність і єдність своїх теоретико-методологічних засад, спадкоємність форм і методів аналітичної практики. Основні положення фрейдівського вчення — теорія структури і функціональної динаміки психічного апарату, уявлення про стадії розвитку особистості, етіологія психічних порушень і способи їх лікування — по-різному еволюціонували в межах глибиннопсихологічних шкіл, зберігши за всього розмаїття варіантів певну типологічну спорідненість.

3.1. Теорія об'єктних відносин М. Кляйн

В Україні об'єктна теорія австро-британської психоаналітика Мелані Кляйн (1882—1960) не набула такої популярності, як гештальттерапія чи групи самоактуалізації і особистісного зростання. Проте кляйніанство має великий потенціал, особливо щодо роботи з маленькими дітьми та їх матерями.

На відміну від З. Фройда М. Кляйн вважала, що більшість психічних структур формується в перший рік життя дитини. Найважливішим чинником і початковою точкою психічного розвитку, за її теорією, є взаємодія дитини з матір'ю і материнськими грудьми. Ці взаємини — перші, в які вступає немовля, і така психічна та фізична близькість до життєдайних грудей певною мірою компенсує втрачену пренатальну єдність із матір'ю і відчуття безпеки, яке вона дає. На думку М. Кляйн, материнські груди захищають дитину від тривоги переслідування (персекуторна тривога), що виникає у відповідь на біль і дискомфорт народження, втрати внутріутробного блаженства.

Від початку немовляті властиві два основні прагнення: лібідне та агресивне, рівновага між якими постійно коливається. Я (свідомість), розвиваючись, прагне оволодіти бажаннями і задовольняти їх у безпечних умовах. Материнські груди, за образним висловом М. Кляйн, «необмежене джерело молока і любові», є для немовляти основним об'єктом, а мати — «всесильною істотою, яка може позбавити будь-якого болю і зла». Однак далеко не завжди грудне годування і материнська турбота повністю відповідають запитам дитини: у матері буває мало молока; дитині важко смоктати чи вона захлинається рідиною; мати може мимовільно відштовхнути немовля, що завдає їй болю, вона не може давати груди у всіх випадках, коли дитина вередує. З огляду на це груди як психічне уявлення, пов'язане із задоволенням, стають улюбленими і відчуються як «хороші»; водночас вони є джерелом фрустрації, а тому ненависні і відчуються як «погані». Такий сильний контраст між «хорошими» і «поганими» грудьми існує через недостатню інтегрованість Его і процесів розщеплювання всередині нього. Проте є підстави припускати, що в перші 3—4 місяці життя дитини «хороші» і «погані» об'єкти не повністю розмежовані в її психіці. Картину зовнішнього і переведеного у внутрішній план об'єкта дуже спотворюють фантазії, тісно пов'язані з проекцією імпульсів на об'єкт. «Хороші» груди — зовнішні і внутрішні — стають прототипом усіх корисних об'єктів, які є ще й джерелом задоволення, «погані» груди сприймаються як негативні і загрозливі.

Ситуація грудного годування приносить не тільки приємні відчуття. Емоційний стан матері, кількість молока, форма соска і режим годування — усе позначається на ставленні немовляти до грудей: воно амбівалентне, дитині важко розібратися у своїх почуттях. Ще менше немовля здатне відокремити зовнішнє від внутрішнього, себе від навколишньої дійсності, насамперед від матері і материнських грудей. Тому початкову стадію психічного розвитку називають *параноїдно-шизоїдною*. *Параноїк* (грец. *paranoia* — божевільня, безумство) сприймає навколишній світ загрозливим і ворожим — для немовляти такими є погані груди і поганий зовнішній об'єкт; *шизофренік* (грец. *schizo* — розсікаю і *phren* — серце, розум) не здатний відокремити свої переживання і відчуття від зовнішніх дій. Параноїдні реакції немовляти зумовлені його деструктивними імпульсами, спрямованими на «погані» груди. М. Кляйн образно описала походження ранніх страхів: «...ненависні груди набули орально-деструктивної якості імпульсів самого немовляти, що виникають у нього в станах фрустрації та ненависті. У своїх деструктивних фантазіях він кусає і розриває груди, знищує їх, пожираючи».

При цьому в немовляти виникає відчуття, що груди так само атакують його. У міру того як уретральні і анально-садистичні імпульси набирають сили, дитина у своїх уявленнях починає атакувати груди за допомогою отруйної сечі та вибухових фекалій і чекає, що груди відповідатимуть такою самою отруйністю і вибухом. Деталі його садистичних фантазій визначають зміст страхів, боязні внутрішніх і зовнішніх переслідувачів, пов'язаних насамперед із «поганими» грудьми».

Такі первинні форми об'єктних відносин упродовж життя розвиваються і ускладнюються. Сплутані уявлення про погане і хороше ведуть до недиференційованих відносин поглинання і заперечення (інтоекції та проекції). Агресія і заздрість заважають немовляті налагодити стабільно позитивні взаємини з хорошими об'єктами, а відчуття подяки і любові формує стійкість до фрустрацій. Це сприяє утворенню сильного Его, проте провідна роль у процесі розвитку особистості все-таки належить матері. Хороша мати може зумовлювати будь-які агресивні й деструктивні проекції немовляти.

Дитина, спрямовуючи на матір деструктивний імпульс, одночасно і бажає, і боїться її зруйнувати. І відповідно, відчутти зворотну агресію від матері, яка прагне надати значення будь-яким діям дитини, демонструючи когнітивну, інтелектуальну реакцію на її випадкові і хаотичні рухи. Мати просить, наказує: «Візьми іграшку, вона хороша, а цього не бери, викинь — це погане», створюючи осмислений контекст інтерперсональної взаємодії. Аналогічно поводитьься і психотерапевт, демонструючи надійність і стійкість, здатність роз'яснювати будь-які, зокрема несвідомо-агресивні, імпульси клієнта, спрямовані на руйнування терапевтичного альянсу або власного Я.

М. Кляйн проводить чіткі й переконливі аналогії між психотерапією та грудним годуванням. Початкові стадії розвитку переносу відповідають параноїдно-шизоїдній позиції, на якій клієнту важко сформулювати стійке позитивне ставлення до дій та інтерпретацій терапевта. Часто трапляється, що вдалі і конструктивні терапевтичні дії пацієнт спочатку приймає, а потім знецінює, внаслідок чого обсяг виконаної роботи збільшується, а терапія не рухається вперед. Іноді спостерігається інша картина: адекватне сприйняття аналітичних інтерпретацій з подальшою їх ідеалізацією. Це спричинює їх незатребуваність — клієнт несвідомо вважає, що поради і припущення надто хороші, щоб ними можна було скористатися.

Класичну картину параноїдно-шизоїдної сплутаності демонструють пацієнти з істеричним типом особистісної організації: вони прагнуть постійно бути в центрі уваги, дуже обурюються, коли не вдається нав'язати іншим своє розуміння подій; їх розповіді надто суперечливі; вони заперечують інтерпретації і не хочуть визнавати очевидних речей. Такі ситуації у психотерапевтичній діяльності трапляються дуже часто.

Процес індивідуальної терапії клієнтка почала з переліку безлічі проблем і труднощів власного життя. Сумарна картина виглядала так: пані З. вийшла заміж за чоловіка, який виявився егоїстом, не бажав матеріально забезпечувати сім'ю, не любив свого сина, бив його, а дружину зробив інвалідом. Він — потвора, справжній монстр, якого клієнтка, проте, не хоче залишати і боїться, щоб він не кинув її з власної ініціати-

зи. Згодом виявилось, що клієнтка вийшла заміж «на зло» хлопцеві, який не відповів взаємністю на її почуття, а чоловіка вона зовсім не любила. Син, «ця нещасна дитина», буквально через три-чотири фрази теж «магічно перетворювався» на основний життєвий тягар, невдячного, упертого ледаря.

Ось характерний приклад роботи терапевта з пані З.

К¹: Думаю, основною причиною всіх моїх проблем з чоловіком є ставлення до чоловіків загалом. Я їх усіх ненавиджу. Річ у тім, що в дитинстві мене двічі намагалися зґвалтувати, і на другий раз це нарешті вдалося.

Т.: Нарешті? Ви дали привід для цього?

К.: Та ні, я мала на увазі, що воно було вдалим... що відбулося, тобто... Це здійснилося.

Т.: Ми говорили на заняттях про те, яке значення надає психоаналіз обмовкам і мовним помилкам. Крім того, ви почали фразу зі слів «та ні», маркера прихованої амбівалентності.

К.: Як ви не розумієте! Я просто помилилася, обмовилася, от і все.

Т.: Однак цю фразу слід інтерпретувати як визнання того, що ви певною мірою спровокували те, що відбулося.

К.: Нічого подібного!

Під час бесіди було з'ясовано, що гвалтівник довго перслідував пані З., вона «дратувала» його, а потім «абсолютно випадково» опинилася напівроздягненою в гуртожитку, де на поверсі не було жодної людини. Двері кімнати теж були «чомусь» не замкнуті... і так далі. Її поведінка була надзвичайно віктимною (позначеною несвідомим прагненням стати жертвою насильства), але пані З. наполегливо чинила опір інтерпретаціям і не хотіла визнавати очевидні речі.

Т.: Добре, давайте обговоримо перший випадок, який справді стався в дитинстві.

К.: Мені було десять років, і старий сусід, сліпий, якому я читала, несподівано спробував повалити мене на ліжку. Я втекла, дуже злякалася. Просто дивно, як я здогадалася, що він хотів від мене чогось поганого. Я вдома декілька годин проплакала. А мати навіть не запитала, чому, а коли я їй розповіла, не повірила, почала на мене кричати, замість того щоб захистити. І знову примушувала йти до нього наступного дня, але я вперлася і не пішла. Тільки тоді вона повірила. Хіба це не жахливо? Дотепер не можу їй цього пробачити.

¹ К. — клієнт, Т. — терапевт

Т.: Раніше ви казали, що у вас прекрасні стосунки з матір'ю, що вона — єдина людина, яка вас розуміє і любить.

К.: Ну... так. Знаєте, вона просто не повірила, що таке могло трапитися, не могла собі уявити.

Т.: Ви прибігли додому перелякана, довго плакали...

К.: (перебиваючи): У мене була просто істерика!

Т.: Так. Десятилітня дівчинка повертається додому вся в сльозах, а мати не звертає на це уваги.

К.: Ну, як вам сказати... Просто її вдома не було. Видно, вийшла кудись.

Т.: Але потім, коли повернулася, вона побачила, що дочка сама не своя, очі від сліз припухли...

К.: Ну... Вона увечері прийшла, пізно, їй було не до мене.

Т.: Однак ви розповіли матері про те, що трапилося?

К.: Ні, я не розповіла. Я тільки на другий день розповіла, коли мене знову туди хотіли послати.

Т.: І тоді мати повірила вам і дозволила не ходити до сусіда?

К.: Ну... так... Та спочатку не повірила.

Т.: Спочатку не повірила, а потім повірила?

К.: У першій розмові — ні, почала кричати, що я дурниці вигадую.

У цей момент психотерапевт усвідомив свій контрперенос, оскільки теж відчув бажання, щоб пані З. перестала вигадувати дурниці і опиратися не тільки інтерпретаціям, а й очевидним, нею самою розказаним фактам. Психотерапевт продовжував розпитувати клієнтку.

Т.: У вас із матір'ю було дві розмови?

К.: Ні, одна.

Т.: Проте перед цим ви стверджували протилежне.

К.: Ну, значить, дві. Яка різниця, врешті-решт!

Т.: Я хочу зрозуміти, наскільки обґрунтований ваш докір, адресований матері. Чи справді вона не повірила в цей страшний випадок і не захистила вас.

К.: Як це не захистила! Звідки ви це взяли? Мати мене любить, я — пізня, бажана дитина, вона завжди була на моєму боці. Ви мене абсолютно неправильно зрозуміли!

Т.: Однак ви тільки що розказували, як вона не повірила, що старий сусід до вас чіплявся...

К.: (перебиваючи, змінивши агресивні інтонації на слізні): Нічого подібного! Я просто розповіла, як мене в дитинстві мало не згвалтували, а Ви не вірите.

Т.: Ми можемо зараз прослухати аудіозапис цієї розмови.

К.: Ні, не потрібно. Може, вам просто так здалося. Знаєте, у мене через пухлину в мозку хвороба Мін'єра (як з'ясувалося

потім, це було вигадкою клієнтки), і коли розмовляють кілька осіб, я погано розумію ваші питання.

Т.: Проте нас тільки двоє в кабінеті.

К.: І взагалі... Яке все це має значення? Давно ж було.

Т.: Однак це справді важливо. І потім, ви самі сказали, що ця подія дуже вплинула на вас, на ваше ставлення до чоловіків.

К.: Саме так, а ви мене про матір питаєте.

Т.: Просто ваше ставлення до мене і до аналізу таке саме подвійне — ви чекаєте від мене допомоги і водночас звинувачуєте в нечуйності, недовірі. Ви певною мірою перенесли на мене почуття, адресовані матері.

К.: Нічого подібного! Я люблю матір і вдячна їй за все, що вона зробила.

Т.: Трохи раніше ви говорили, що не можете пробачити матері того, що...

К.: (*перебиваючи, істерично скрикуючи*): Нічого я такого не говорила і сказати не могла! Звідки ви це взяли? Ви мені просто не вірите, ні про перший випадок, ні про другий!

Т.: У вашій розповіді дуже багато суперечностей.

К.: Просто ви мені не вірите, як і всі, з самого дитинства! (*Істерично плаче*).

Приклад засвідчує, що поведінка пані З. повністю відповідає картині, змальованій М. Кляйн. Такі пацієнти постійно «відщеплюють» заздрісні і ворожі елементи себе, пред'являють аналітику лише ті аспекти, які вони вважають кращими. Деякі уникають критикувати терапевта, занурюючись у стан сплутаності. Вона є не тільки захистом, а й проявом невпевненості: аналітик залишиться хорошою фігурою або і він, і та допомога, яку він надає, стануть поганими через ворожу критику пацієнта. М. Кляйн виводить цю невпевненість із тих почуттів сплутаності, які є наслідками порушень ранніх відносин із материнськими грудьми. Немовля, яке завдяки силі параноїдних і шизоїдних механізмів і гостроті заздрості не може розділити та успішно зберегти окремо любов і ненависть, отже, хороший і поганий об'єкти, схильне відчувати сплутаність між хорошим і поганим і в інших обставинах.

Наступна стадія розвитку об'єктних відносин — *депресивна*. Вона настає тоді, коли мати починає залишати дитину саму — спочатку ненадовго, а потім на триваліші проміжки часу. За відсутності матері дитина (якщо

не спить) кричить і плаче, відчуваючи сильну тривогу, яку їй необхідно навчитися долати. Неспроможним на це дітям важко переходити поріг депресивної позиції, а тому і надалі, в дорослому житті, вони мають численні проблеми, зумовлені тривогою розлуки або втрати.

М. Кляйн вважала основним результатом цього періоду здатність немовляти долати тривоги, що готує його до проблем і суперечностей едіпового комплексу. Дитина вчиться адекватно реагувати на зовнішню агресію (розуміти значення покарань), набуває здатності витримувати негативну стимуляцію або відсутність позитивної, засвоює уявлення про те, що шлях до задоволення бажань не завжди найкоротший. Подолання депресивної позиції охоплює відчуття подяки, зумовлене здатністю до любові, а не провинною. Це пов'язано з формуванням уявлення про стійкі «хороші» об'єкти, яке відтак стає основою інтеграції власного Я.

Подолавши поріг депресивної позиції, суб'єкт навчається чітко розмежовувати себе і світ в емоційно насичених ситуаціях. За неподоланності цього порога кожна пережиту втрату людина відчуває як руйнування власної особистості, зникнення важливих частин власного Я. У праці «Печаль і меланхолія» З. Фрейд, визначаючи відмінності між скорботою і депресією, писав про зубожіння Я: «У скорботі світ стає бідним і порожнім, у меланхолії таким стає Я. Невротик вважає своє Я мерзеним, ні на що не здатним, аморальним, він дорікає собі, чекає вигнання або покарання».

Особа не може змиритися і жити далі з утратою об'єкта, рівнозначною руйнуванню Я. Фактично Я як втрачений об'єкт відчуває себе одночасно поганим (негідним любові), винуватим і мізерним (нездатним повернути і втримати улюблений об'єкт). Особливо тяжкі випадки, коли Я із самого початку не володіло об'єктом, не мало з ним реальних стосунків, замінюючи їх ілюзіями нерозподіленої любові.

Важкий депресивний стан у клієнтки І. настав після того, як вона набралася сміливості освідчитися в коханні своєму обранцеві — молодому привабливому колезі, що мав великий успіх у жінок.

Майже рік пані І. провела в мріях і фантазіях, які її обранець перервав різко, відразу. Клієнтка, що була на той час оди-

надцять років у цілком благополучному шлюбі, мати двох дітей, почала послідовно руйнувати свою сім'ю. На терапії вона пояснила, що не заслуговує щастя, не має права обдурювати свого чоловіка і повинна бути покарана. Втрата об'єкта не привела до розриву уявних стосунків з ним, оскільки пані І. збиралася заповнити своє життя знанням того, що коханий щасливий (з іншими жінками), а раз так — розуміння цього допоможе їй жити самій. Клієнтка не тільки активно фантазувала про любов, яку вона нібито прочитала в очах коханого, а й вела тривалі телефонні бесіди з подругами про те, як «фатальні» обставини не дозволяють йому освідчитися.

Такі люди починають руйнувати власне життя, роблять сенсом свого існування щастя обожнюваного об'єкта, вважаючи себе негідними щастя.

Ще одна форма депресивної травми пов'язана з надмірною тривогою і страхами розриву об'єктних відносин. Зіткнувшись із безліччю ситуацій тривоги, Его прагне заперечувати їх, а коли тривога досягає вищої межі, Его навіть заперечує факт своєї любові до об'єкта. Наслідком цього може стати тривале придушення любові. Таке часто трапляється з підлітками, тривожними у сфері міжособистісних стосунків. Заперечуючи почуття любові, вони у присутності об'єкта її поводяться зухвало, агресивно, одержують у відповідь зневагу або відмову і критику, переконуються у відсутності зустрічної емоції і доводять це переживання до крайнощів, вважаючи себе абсолютно непривабливими, а інших людей — нездатними любити.

Багато психоаналітиків поділяє думку, що провідну роль у подоланні депресивних і параноїдно-шизоїдних страхів у ранньому дитинстві відіграють *обсесивні механізми* — нав'язливі стани і дії. З їх допомогою дитина стримує тривогу, а її Я міцніє. Часто повторювані фрази, рухи і дії (бажання багато разів слухати одні й ті самі казки та історії, стереотипні ігри, звичні ритуали одягання, купання, готування до сну тощо) вселяють упевненість, дають відчуття стабільності світу і власного Я. Надалі в дорослому житті люди звертаються до нав'язливих ритуалів щоразу, коли їхні стосунки з оточенням зазнають кризи.

Діти і дорослі, що часто вдаються до обсесивних захистів, не можуть ефективно приборкувати тривоги

психотичної природи. Дуже сильні почуття викликають у них відчуття вини, а нав'язливість стає ефективною формою контролю ваблень. Як правило, нав'язливі невротики мають жорстке і ригідне Супер-Его з яскраво вираженими каральними і заборонними функціями. Людина, яка налагоджує об'єктні відносини за нав'язливим типом, має багато труднощів у спілкуванні через «ненадійність і нестійкість» своїх партнерів. Такі люди впевнені в собі, і це позначається на їхніх соціальних взаєминах і статусі.

М. Кляйн та А. Фрейд є засновницями дитячого психоаналізу. Під час Другої світової війни і в повоєнні роки в Англії було багато дітей, що залишилися без батьків, зазнавши відчутних психологічних травм. Вони потребували допомоги, і психоаналіз виявився в цьому досить ефективним. Розроблений М. Кляйн психоаналітичний метод полягав у розумінні дитячої гри як безпосереднього символічного виразу едіпових проблем і страхів дитини. Аналітик дозволяла дитині на сеансі активно виражати будь-які почуття і відразу давала їх прями інтерпретації. Деякі моменти діти інтерпретували самі.

Під час роботи з хлопчиком на ім'я Річард, який побачив у саду отруйні гриби, М. Кляйн обрала таку тактику: «...У своїй інтерпретації я пов'язала цей страх (отруйних поганок. — Н. К.) із “свинським” містом — воно означало для його психіки мої “нутроці” і “нутроці” його матері, які стали поганими через грози і гітлерівські бомби. Вони означали “поганий” пеніс батька, що входить у тіло матері і перетворює її тіло на небезпечне місце. “Поганий” пеніс усередині матері символізували отруйні гриби, що вирости в саду за моєї відсутності, а також чудовисько, з яким билася маленька людина (він сам)... Його власні агресивні бажання, що стосувалися статевого акту батьків, значно посилювали тривогу і відчуття вини... До фантазії про руйнування, що загрожувало матері з боку поганого батька, додалася загроза від агресії Річарда, оскільки він ідентифікував себе з “поганим” батьком...».

Кляйніанські інтерпретації відповідали віковим особливостям дітей та їхнім когнітивним можливостям. Учні і послідовники М. Кляйн із часом розробили спеціальні ігрові техніки, які застосовували для розуміння

дитячих проєкцій: гра з піском і водою, тематичне малювання, танець, ляльковий театр та ін. Деякі психоаналітики організують спільну терапію — дітей і батьків. Існує окрема форма клінічних спостережень і терапії матерів із немовлятами, спеціальні методи розроблено для дітей із вадами зору і слуху.

Нині теорія об'єктних відносин має багато прихильників, дуже поширена в терапії дітей і дорослих. Її евристичні можливості реалізують як самостійно, так і у формі теоретичного синтезу з іншими концепціями (его-психологією, теорією Самості та ін.). Кляйнівські ідеї виявились особливо цінними для розуміння психозів та межових станів — найтяжчих видів психічних розладів, започаткованих у ранніх стадіях психічного розвитку дитини.

Дитячий психоаналіз і психотерапевтична допомога дітям особливо поширилися у Великій Британії, стимулювали розвиток теоретичних уявлень про дитинство.

3.2. Британські психоаналітичні підходи

Уявлення М. Кляйн про ранні стадії розвитку об'єктних відносин поступово доповнювали інші психоаналітики британської школи. У результаті експериментальних досліджень і численних клінічних спостережень було виокремлено та описано характерні моделі (патерни) поведінки матері та немовляти, на основі яких потім формується стиль спілкування і поведінки дорослої особи.

Авторські підходи англійських психоаналітиків об'єднує спільний інтерес до ранніх етапів дитинства, наголошення на домінуючій ролі матері і стосунків з нею у психічному розвитку особистості, а також яскраво виражена кляйнівська методологічна традиція, в основі якої — щирий інтерес та глибока повага до дитинства.

Значний внесок у розроблення проблеми раннього генезису об'єктних відносин зробив англійський лікар-педіатр Дональд-Вудс Віннікот (1896—1971). Замість оцінки впливу «хорошого» і «поганого» грудного

годування він застосував поняття «холдинг» — первинна материнська турбота і підтримка. Саме турбота і відданість матері, яка чутливо реагує на всі потреби дитини, добре розуміє її бажання і страхи, є провідним чинником розвитку об'єктних відносин. У взаєминах холдингу формується перше відчуття власного Я: усі елементи відчуттів і дій поступово з'єднуються і настає момент інтеграції, коли немовля вже є цілим, хоча й залежним цілим. Підтримка материнського Я полегшує організацію Я дитини. Поступово дитина набуває здатності утверджувати свою індивідуальність, у неї з'являється відчуття ідентичності. Мати ідентифікується з дитиною своєрідно: вона відчуває себе нею, залишаючись дорослою людиною. З іншого боку, дитина переживає свою ідентичність із матір'ю в моменти контакту, що є радше не досягненням, а стосунками, які стали можливими завдяки матері. З погляду немовляти, на світі немає нічого, крім нього самого, і тому спочатку мати теж уявляється як його частина. На думку Д.-В. Віннікота, це і є первинна ідентифікація.

Мати природно і просто забезпечує первинну підтримку немовляти. Вона буквально підтримує його навколишній простір, дбаючи, щоб світ не «навалився» на нього дуже рано або дуже сильно. Невпевнені в собі, тривожні або депресивні матері не здатні забезпечити таку підтримку, і дитина може пронести своє раннє відчуття «хисткості» навколишнього світу і стосунків із близькими через усе подальше життя.

Холдинг — важливий чинник психічного розвитку і становлення стосунків у ранньому дитинстві. Д.-В. Віннікот описав т. зв. *достатньо хорошу матір* — спокійну, дбайливу, розумну і люблячу, яка забезпечує немовляті не тільки догляд і комфорт, а й можливість об'єктного задоволення. Така природна материнська здатність ґрунтується на специфічній «одержимості» новонародженою дитиною: зазвичай у перший місяць мати повністю поглинена турботою про своє немовля і практично ігнорує навколишній світ. Цей стан називають «первинна материнська заклопотаність», і він є природною адаптивною реакцією жінки.

Згодом для лікування дитячого аутизму (заглиблення у світ власних переживань) було розроблено *холдинг-терапію* — своєрідну імітацію ранньої фази взаємин немовляти з матір'ю. За цією процедурою мати ніжно,

але міцно пригортає роздягнену дитину до своїх оголених грудей і, не випускаючи з обіймів, говорить їй про свою любов, наспівує ласкаві пісеньки, заколисує. При цьому важливо зберігати постійний зоровий контакт. Дитина спочатку чинить опір і прагне вирватися, але поступово втомлюється і затихає у матері на руках. Ця своєрідна регресія до початку дитинства дає високі результати в роботі з дітьми віком 5—10 років.

Достатньо хороша мати у процесі догляду за немовлям і спілкування з ним створює потенційний простір для розвитку його об'єктних відносин. Вона знайомить малюка з новими об'єктами (їжею, іграшками, людьми, тваринами) відповідно до його можливостей і бажань. Цей простір стає джерелом утворення зв'язків між дитиною та об'єктами. У ньому здійснюється взаємодія зовнішнього і внутрішнього, реалізується здатність до символічної гри, творчого й естетичного сприйняття дійсності. Приклад такої материнської поведінки наводить американська етнопсихолог Маргарет Мід (1901—1978) у праці «Стать і темперамент у примітивних суспільствах»: «Коли маленька дитина лежить на колінах матері, зігріта і сяюча від її уваги, вона закладає в ній довіру до світу, дружнє сприйняття їжі, собак, свиней, людей. Вона тримає шматочок таро (тропічна овочева рослина. — *Н. К.*) в руці і, поки дитина смочче груди, повторює ніжним, співучим голосом: “Хороше таро, хороше таро, з'їж його, маленький шматочок таро”. А коли дитина на мить випускає груди, вона кладе йому в рот шматочок таро. В цей час собака або порося сунуть свій ніс під руку матері. Їх не відганяють, шкіра дитини і шерсть собаки торкаються, а мати ніжно погладжує їх обох, бурмочучи: “Хороший собака, хороша дитина, хороші, хороші”».

Для пояснення того, як у немовляти формується здатність до самостійного і окремого від матері існування, Д.-В. Віннікот запроваджує поняття «*перехідний об'єкт*» — будь-яка річ, яку дитина цінує і любить, бо за її допомогою може дати собі раду в ситуаціях, коли мати залишає її наодинці. Вона смочче пелюшку або власний палець, притискує до себе край ковдри тощо. *Перехідний об'єкт* — це момент підготовки до сприйняття об'єкта, відмежованого від суб'єкта, і до власне об'єктного ставлення, проте його роль із розвитком

індивіда не зменшується. Перехідний об'єкт і перехідні явища спочатку дають людині те, що назавжди зберігає для неї значення, вони відкривають перед нею нейтральне поле досвіду.

Крім того, Д.-В. Віннікот і його учениця Рената Гаддіні описали *попередні об'єкти*, пов'язані з першим досвідом тактильних і смакових відчуттів, — це можуть бути пустушка, власні пальці або волосся тощо. Попередні і перехідні об'єкти не тільки допомагають неможливо комфортно переносити відсутність матері, а й слугують опорою розвитку його уявлень про зовнішню реальність. На дорослій стадії розвитку об'єктних відносин символічні характеристики перехідних об'єктів часто визначають індивідуальний вибір та пріоритети особистості і можуть відтворюватися в широкому контексті соціально значущих ситуацій.

Іноді через порушення ранньої дитячо-батьківської взаємодії перехідний об'єкт стає абсолютно необхідним, набуваючи статусу фетиша. Як стверджує американська психоаналітик Філіс Грїнейкр, при цьому об'єкти втрачають свої здорові (такі, що сприяють розвитку) якості і стають «клаптиками» Самості чи образу тіла дитини. У дорослому віці пошук об'єкта-фетиша і взаємодія з ним набувають нав'язливого (компульсивного) характеру і часто включаються в структуру психічної патології. Д.-В. Віннікот вважав, що перехідний об'єкт є лімінальним (пороговим) феноменом, який поєднує функції внутрішньої і зовнішньої реальності. Він структурує досвід, пов'язаний із відповідними переживаннями, в яких химерно переплетені індивідуальні фантазії та групові нормативні вимоги (релігійні почуття, сприйняття творів мистецтва, розуміння архетипічної символіки тощо).

Терапія може виконувати роль своєрідного перехідного об'єкта або сприяти його утворенню чи відновленню. У кожному разі Его, яке стабільно функціонує, потребує певного досвіду спілкування з перехідним об'єктом, і, якщо в дитинстві динаміка стосунків з ним була патологічною або недостатньою, шляхом аналізу можна реконструювати такі відносини з терапевтичною метою.

Аналітик Маргарет Малер (1897—1985) зосередила свою увагу на тому, як немовля поступово звільняється

від материнської опіки. Процес розділення/індивідуалізації, внаслідок якого дитина стає автономною і незалежною, вона назвала *психічним народженням людини*. Розділення М. Малер вважала не встановленням просторової дистанції (самостійна ходьба, маніпуляції з предметами тощо), а розвитком здатності бути (грати, радіти, задовольняти потреби) незалежно від матері. Індивідуалізація — це сприйняття власної унікальності і спроба дитини вибудувати свою ідентичність не як окремої (відокремленої) від матері сутності, а як несхожої, відмінної від неї.

У процесі розділення/індивідуалізації М. Малер виокремила такі стадії:

1) диференціація. Настає у віці 4—5 місяців і пов'язана з першими спробами немовляти вивчати навколишній світ, опираючись на схвалення і підтримку матері. Дитина тягнеться до різних предметів, інших людей, а материнська схвальна усмішка або заборонний вигук впливає на цю поведінку. У першому випадку немовля продовжить знайомство з об'єктом, у другому — розплачеться і повернеться до мами;

2) практика. Пов'язана зі здатністю ходити. Дитина спроможна йти від матері і повертатися до неї, досліджує великий і цікавий світ, знайомиться з переживанням фізичної розлуки та її психологічними наслідками;

3) возз'єднання. Характеризується вираженою амбівалентністю дитини. Вона йде і повертається, вередує, присутність матері далеко не завжди знімає напругу і тривогу. Перші самостійні дії та вчинки дитини, на думку М. Малер, призводять до усвідомлення своєї безпорадності, а впевнена і компетентна мати викликає подвійне відчуття захоплення та заздрості. На цій стадії формується первинна здатність розв'язувати суперечності між відчуженістю, потребою в самоті і бажанням близькості. Діти, які «погано впоралися» на стадії возз'єднання, дорослішаючи, можуть відчувати тривогу в ситуаціях, пов'язаних із регулюванням дистанції між собою та іншими людьми;

4) постійність об'єкта. Полягає у здатності й умінні дитини самостійно регулювати емоційні переживання, що виникають через відсутність улюбленого об'єкта. М. Малер веде мову про стійкість «внутрішнього об'єкта» (спогаду чи образу), який може бути кращим за

реальний і слугувати втіхою та підтримкою. Внутрішній об'єкт, поєднуючи бажання та уявлення, забезпечує стійке ставлення до людей, які бувають то добрими і люблячими, то агресивними і сердитими. Особистість, яка страждає від невміння пережити неприємні риси або поведінку близьких людей, є ілюстрацією проблем на цій стадії.

Британські психоаналітики детально досліджували дитячо-батьківську взаємодію. Так, Вілфрід Р. Біон описав проєктивний характер стосунків дитини з матір'ю. На його думку, у спілкуванні з немовлям мати виконує функції своєрідного «контейнера»: вона вбирає незрозумілі і тривожні переживання та відчуття, робить їх осмисленими, безпечними і повертає дитині. Таке контейнування широко застосовують у психоаналізі: подібно до матері психотерапевт розумно і спокійно інтерпретує спрямовані на нього і в зовнішній світ проєкції клієнта, позбавляючи його несвідомих страху і провини. У цьому сенсі психологи досліджували генезис тривожності, пов'язаної з наближенням до дитини незнайомої людини (Р. Спітц); первинну прив'язаність дитини до матері та еволюцію цього почуття у філо- й онтогенезі (Д. Боулбі); стадії розвитку об'єктних відносин, що ґрунтуються на видозміненій залежності від матері (Д. Фейрберн).

Психоаналітичні дослідження ранніх форм об'єктних відносин не тільки збагатили дитячу психологію, а й істотно розвинули аналітичну техніку. Ідея М. Кляйн про те, що в аналізі відтворюються і повторюються стосунки матері і немовляти, виявилася дуже плідною. З цього погляду було пояснено багато аспектів переносу і контрпереносу, феномен негативної терапевтичної реакції, різні форми регресії та ін.

Аналітичний погляд на стосунки, особливо з близькими і значущими, родичами і друзями, як на наслідування моделей ранніх взаємин добре пояснює також центральний для спілкування механізм *каузальної атрибуції* — розуміння (приписування) причин дій та вчинків іншої людини. Найчастіше це приписування зумовлене двома основними реакціями — проєктивною і зворотною. *Проєктивна реакція* (власне проєкція) полягає в тому, що суб'єкт розглядає іншу

людину як сховище того змісту власного несвідомого, який прагне вирватися назовні. Найчастіше це різні страхи, агресивні та сексуальні імпульси. Якщо зміст витісненого зумовлений фрустрацією (наприклад, ретельно приховувана чи латентна гомосексуальність), то використовується *зворотна реакція*, і другого учасника відносин суб'єкт розглядає як носія можливості задоволення фрустрованих бажань, про що сам об'єкт нічого не знає.

Обидві реакції абсолютно несвідомі, властиві обом учасникам спілкування, які часто їх плутають. Чим більше розбіжностей у взаємних очікуваннях, тим сильніші напруга і взаємні претензії. Кількість проєкцій і зворотних реакцій збільшується — учасники спілкування починають «здогадуватися» про приховані мотиви і «обсипати» один одного образами й докорами. У такій ситуації дізнатися, що насправді думає партнер або чого він хоче, неможливо. Можна просто запитати, почути відповідь і повірити їй, а не своїм несвідомим очікуванням. Ця плутанина і є об'єктом психоаналізу, після здійснення якого клієнтові пропонують більш ефективну модель міжособистісного спілкування, що ґрунтується на розумінні та довірі.

Аналіз несвідомої моделі об'єктних відносин найзручніше починати з розуміння трансферентних взаємин, оскільки терапевт частково є дублером чи символічним аналогом матері або батька. Уже на першій зустрічі, коли обговорюють очікування клієнта і його уявлення про цілі, зміст і очікувані результати психотерапевтичної допомоги, можна з'ясувати домінуючий тип вибору клієнтом об'єкта. Якщо він убачає у фігурі аналітика помічника і захисника, намагається опиратись на його знання й авторитет, розглядає його як мудру і співчутливу людину, це свідчить про *анаклітичний (опорний) тип вибору об'єкта*. Протилежний — *нарцисичний тип вибору* — властивий клієнтам, які цінують аналітика залежно від схожості з власною особою: для них особливо важливі моменти спільності в смаках і перевагах, вони активно цікавляться внутрішнім світом психотерапевта, прагнуть до партнерства, дуже дивуються і розчаровуються, якщо він не намагається бути для них у позиції Я-ідеалу.

3.3. Психологія Самості Х. Кохута

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

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

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

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

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

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

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

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

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

2. Фрагментована Самість — це порушення зв'язності, що загрожує розпадом Я на окремі частини. Фрагментація може бути наслідком регресії, самотності; «роздрібнене Я» виникає через недостатнє задоволення селф-потреб. Цей стан супроводиться тривогою, яка в критичних ситуаціях переростає в паніку. Поведінка підлітка, що перейшов до іншої школи і важко адаптується до нових умов, невпевненість і депресія безробітного емігранта — типові приклади таких процесів. Іноді до фрагментації Самості може призвести невміла групова гештальттерапія, що використовує дисоціативні техніки (т. зв. робота з субособистостями).

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

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

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

— слабкий оцінювальний полюс, не здатний забезпечити достатнє «керівництво», унаслідок чого Самість

страждає від надмірної амбіційності, що досягає рівня психопатії;

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

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

Психологія Самості розглядає психічні конфлікти як провідні чинники розвитку об'єктних відносин. Залежно від типу конфлікту поведінку особистості та її стосунки описують у межах двох моделей — «винуватої» і «трагічної». Схильна до переживання провини особистість цілком зосереджена на задоволенні бажань і характеризується численними суперечностями в системі психіки (здебільшого конфліктами за участю Над-Я). Це класичний фрейдівський невротик із високим рівнем об'єктної фрустрації, особливо в сексуально-еротичній сфері. Трагічна особистість характеризується проблемами на рівні Самості — бажанням вийти за межі поведінки, регульованої принципом задоволення, високою чутливістю до селф-потреб, незадоволеним бажанням утілювати власну суть в об'єктних відносинах. Такі люди незадоволені собою і оточенням трохи інакше — вони прагнуть досконалості і не знаходять її.

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

Допомога таким клієнтам складна передовсім тому, що аналітичні відносини вони розглядають і переживають як компенсацію селф-потреб. Терапевта як селф-об'єкт цінують за можливість заповнити емоційну пустку власного Я — фактично він є нарцисичним розширенням особистості клієнта. Селф-переживання структурують терапію, часто перетворюючи її на серію одноманітних

спроб підтвердження цінності і самоповаги пацієнта. Їх кількість не має значення (потреба ніколи не буває повністю задоволена), а втомленого, незадоволеного собою і перебігом терапії аналітика можна замінити на іншого.

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

Клієнт, успішний бізнесмен, звернувся до психоаналітика, заявивши, що власне проблеми в нього немає, а він просто хоче «поспілкуватися» з хорошим професіоналом. Спочатку він вів світські розмови на різні теми. Коли кількість компліментів на адресу терапевта перевищила норму звичної ввічливості і доброзичливості, аналітик поцікавився, чи не прихована за такою поведінкою конкретна тривога. Клієнт добре сприйняв інтерпретацію про можливу захисну природу своєї поведінки і, трохи поміркуювавши, сказав, що йому завжди було дуже важливо, щоб ним захоплювалися і заздрили йому; визнав свою залежність від оцінок людей, які його оточують, навіть не обов'язково значущих. Він добре навчився відрізнати правду від лестощів, та попри все постійно прагне похвали.

Надалі, коли терапевт допоміг йому детально розібратися в глибинних основах його потреби у визнанні й захопленні, клієнт став настирливо вимагати від нього захоплення і схвалення, наголошуючи, що аналітик — «це не будь-хто», і його позитивна оцінка дуже важлива. Терапевт прокоментував це у світлі селф-психології і висловив здогад, що первинна люб'язність клієнта — типова туга за ідеалом. Клієнт прийняв інтерпретацію. Однак, усвідомивши причини такої сильної потреби в захопленні і переглянувши під цим кутом зору свої взаємини з людьми, все-таки залишив собі певну кількість селф-об'єктів для її задоволення.

Уявлення про нормальний та патологічний розвиток Самості стануть добрим підґрунтям не лише для кла-

сичної, а й для короткочасної моделі аналітичної роботи. Клієнти добре сприймають цю відносно нескладну та досить самостійну теорію і можуть використовувати її для самостійних інтерпретацій власних труднощів.

3.4. Інтерперсональні підходи

У післявоєнні роки під впливом неофройдистських ідей про несвідомі засади соціальної активності особистості у психоаналізі почав формуватися інтерперсональний (міжособистісний) підхід. На відміну від класичної об'єктної теорії, зосередженої на стосунках із матір'ю, міжособистісна парадигма приділяє основну увагу зрілим соціальним контактам дорослого індивіда.

Цікаву дихотомію базових типів об'єктних відносин запропонував Міхаель Балінт (1896—1970), запровадивши поняття «окнофілія» та «філобатія». *Окнофілія* — потреба триматися за надійний, стійкий об'єкт, який гарантує захист і безпеку. Протилежна їй *філобатія* — радість від залишення об'єкта, «ейфорія насолоди, змішаної тривоги і задоволення», які особистість відчуває в порожньому, позбавленому об'єктів, але дружньому (не загрозливому і не ворожому) просторі.

Окнофіл потребує міцних і стійких відносин з об'єктом. Йому необхідно триматися за щось надійне, щоб відчувати себе в безпеці. Спочатку таку зону комфорту забезпечує любляча і дбайлива мати. Залишаючи її, дитина відчуває безпорадність і тривогу, а повертаючись — заспокоюється. Світ окнофіла, за М. Балінтом, складається з об'єктів, розділених страхітливо порожніми просторами. Під час переходу від об'єкта до об'єкта окнофіл відчуває страх, і таке саме тривожне передчуття охоплює його поблизу улюбленого об'єкта — боязнь втратити, страх виявитися забутим і покинутим.

Філобат не боїться покинути об'єкт, він одержує задоволення від переміщення в просторі людських відносин. Така людина впевнена в собі, може вільно приходити і йти, радіючи зустрічі і не засмучуючись через розлуку. Тому філобат частково поводить себе як нарцисична дитина, його «героїчна» поведінка натхнена

інфантильною впевненістю в тому, що все закінчиться добре.

У реальній людській поведінці окнофілічні та філобатичні риси змішані, в різних ситуаціях можуть переважати ті або ті імпульси. Джерелом міжособистісних проблем є крайнощі або односторонній розвиток цих рис. Так, в окнофіла нав'язливе прагнення безпеки призводить до того, що найближче оточення змушене утримувати його, наперед відповідаючи «так» на невисловлене бажання про любов. А така ситуація може обернутися приниженням. В усіх інших випадках він страждає, до того ж відмовляється визнати самостійність об'єктів — право інших на свободу вибору.

Проблеми окнофіла пов'язані з уявленням, що люди, в яких він має потребу, самі по собі надійні, могутні і завжди забезпечать підтримку. Він плутає свої потреби з об'єктивними характеристиками соціального оточення і страждає від прихованої амбівалентності: окнофіл потребує об'єкта, який позбавляє від страху, та оскільки соромиться і зневажає себе за слабкість, то може перемістити ці відчуття на об'єкт і почати зневажати його, не припиняючи любити, адже він, як і раніше, довіряє і сподівається. Таке подвійне ставлення до близької людини трапляється часто.

У філобата проблеми виникають через виражені окнофілічні бажання партнера. Незалежно від цього він може стикатися з докорами в невірності, ненадійності, холодності і черствості. Філобатична схильність до безоб'єктного простору може здаватися звичайним егоїзмом. Любитель «ходити по краю» споріднених і дружніх зв'язків рано чи пізно ризикує зробити крок за грань і залишитися самотнім.

Ф. Грінейкр трактує формування відчуття власної ідентичності як процес, залежний від розвитку об'єктних відносин. На її думку, усвідомлення власного Я розвивається через розуміння того, як його уявляють та оцінюють інші. Діти і дорослі привласнюють, інтроектують образ власної особи, що формується у значущих і близьких. Інші психологи, наприклад Теодор Рейк і Джозеф Сандлер, вважають, що об'єктні відносини впливають передовсім на формування Супер-Его. Отто Кернберг на основі інтеграції кількох об'єктних теорій розробив ефективну систему психотерапевтичної допомоги помежовим і психотичним пацієнтам.

У межах більшості підходів об'єктні відносини розглядають як важливий чинник формування і розвитку особистості або її окремих підструктур (Его, Супер-Его, Самість). На противагу їм американський психіатр Гаррі-Стек Салліван (1892—1949) трактував особистість як гіпотетичну суть, за допомогою якої зручно описувати міжособистісну взаємодію. На його думку, особистість виявляється тільки у ставленні її до інших людей. Замість вивчення раннього досвіду психічних переживань Г.-С. Салліван розглядав стійкі патерни (послідовності, сценарії, форми) міжособистісної взаємодії як основу людського Я, ідентичності і Самості.

Міжособистісна взаємодія, за Салліваном, ґрунтується на тривозі. Виникнення тривоги він пов'язував з емоційними порушеннями чи проблемами значущої людини (матері), а тривожні переживання, які часто повторюються, сприяють формуванню примітивного (первинного) страху. Пізніше досвід примітивного страху і первинної тривоги відтворюється знову і дає початок шизофренічній симптоматиці.

Усі переживання, які може відчувати людина, утворюють простір, крайні точки якого — цілковита ейфорія (стан найбільшого щастя і задоволеності) і нестерпна, жахлива напруга. Незадоволені потреби вона теж відчуває як психічну напругу. Активність немовляти, породжена потребами, спричиняє напругу у матері, що переживає її як турботу і сприймає як стимул до діяльності, спрямованої на задоволення потреб немовляти.

Г.-С. Салліван рідше відмовлявся від звичних понять, що характеризують людські стосунки, наприклад «любов». Суть тривоги він також розумів по-своєму. На відміну від напруги, спричиненої потребами або турботою, сила тривоги неконтрольована (первинна тривога зумовлена діями матері, вплинути на яку немовля не може). Тривога пригнічує всі інші види напруг, що виникають паралельно з нею, це відчуття всеосяжне і некероване. Захистом від тривоги спочатку є апатія і сонна відчуженість, пізніше цю роль починає виконувати взаємодія дитини з іншими людьми. Першою, базовою, формою інтерперсонального (міжособистісного) переживання є грудне годування.

Поступовий розвиток дитини, її соціалізація, на думку Саллівана, відбуваються під впливом заохочень —

так формується персоніфікація Я-хороший, наростання тривоги (Я-поганий) і раптової сильної тривоги (жаху), що персоніфікується у формі Не-Я. Ці три Я-репрезентації утворюють вторинну систему Самості, яку людина переживає як свою особистість і демонструє оточенню. У дитинстві формується безліч форм взаємодії з людьми, серед яких найважливішими є заохочувана (правильна) поведінка, а також необхідність приховувати свої дії і вводити в оману інших. Кожна з них підсилює відповідні персоніфікації, малюк «учиться» супровідних переживань (радість, роздратування, обурення, недобррозичливість, гнів, злість тощо).

Ключове значення для розвитку об'єктних відносин має *ювенільна ера* — період із 6—7 до 12—13 років, який охоплює молодший шкільний і молодший підлітковий вік. Саме в цей період дитина вступає в систему соціальних взаємин. Ті, хто затримався в ювенільній ері, пізніше не зможуть адаптуватися до життя серед своїх ровесників. У цьому віці присутність інших людей дуже ускладнює навколишній світ дитини, так що вона змушена виробити індивідуально-своєрідну концепцію орієнтації в середовищі. Ступінь адекватності орієнтації в житті відображає те, що називають зрілою особою з хорошим, поганим або індіферентним характером.

Інтерперсональний підхід Г.-С. Саллівана є доброю основою для розуміння важких форм порушення стосунків (шизофренія, аутизм). У терапевтичній роботі зручно використовувати його ідеї про різні форми Я, форми психічної і особистісної активності (динамізми), проте загалом його поглядами вітчизняні психотерапевти послуговувалися мало, особливо поза психіатрією.

Близьким до салліванівської концепції є *інтерсуб'єктивний підхід*, запропонований американськими аналітиками Р. Столорю, Б. Браншафтом, Д. Етвудом з метою подолання тенденції відчуження, властивої класичному психоаналізу. Наголошуючи на необхідності емпатійної взаємодії з клієнтом і протиставляючи активну емпатію класичній позиції «безпристрасного дзеркала», Д. Етвуд і Р. Столорю вважають фокусом терапії міжособистісну взаємодію у формі *зустрічі* — особливої екзистенційної події. Це зустріч двох різних суб'єктивних світів, по-різному організованих суб'єктивних істин, яка становить високу цінність для обох учасників.

Ключове для цього підходу поняття «інтерсуб'єктивність» запозичене з праць німецького філософа Едмунда Гуссерля (1859—1938), що розглядав її як особливу частину (структуру) суб'єкта, завдяки якій можливе спілкування і взаєморозуміння різних, несхожих один на одного індивідів. Інтерсуб'єктивність допомагає людині зрозуміти, «як влаштовані» думки і відчуття інших людей при тому, що всі люди різні.

Д. Етвуд і Р. Столороу поєднали ці феноменологічні уявлення з ідеями Х. Кохута про важливість задоволення селф-потреб у ранньому дитинстві і в процесі психоаналізу, розробивши продуктивну форму терапії порушень, пов'язаних із відчуженням і самотністю. На відміну від класичного психоаналізу, що розглядає патологію в термінах процесів і механізмів, локалізованих лише «всередині» пацієнта, вони звертають увагу на тривку пов'язаність кожного індивіда з іншими людськими істотами (без інших людей суб'єкт не може зберігати своє людське ество). На їх переконання, інтерсуб'єктивний контекст відіграє визначальну роль у всіх формах психопатології: психоневротичних і психотичних.

Розглядаючи психоаналітичний процес як інтерсуб'єктивний діалог між двома життєвими світами, Етвуд і Столороу пов'язують його етапи і терапевтичні чинники зі становленням міжособистісного простору особливого типу — інтерсуб'єктивної реальності. У процесі взаєморозуміння ця реальність виражається в мовленні (психоаналітичному дискурсі) і сприяє тому, що пацієнт дізнається і наново переживає ті значення та життєві принципи, які були сформовані внутрішніми несвідомими бажаннями. Аналітик може допомогти змінити окремі аспекти або властивості суб'єктивної реальності пацієнта, але при цьому повинен зважати на те, що його власне знання і розуміння — так само реальність суб'єктивна.

Позицію аналітика автори інтерсуб'єктивного підходу визначають як безперервне емпатійне розуміння. Усвідомлення несвідомого змісту і процесів відбувається за допомогою взаємної рефлексії в межах діалогу між терапевтом і клієнтом. Ключова роль у терапії належить аналізу трансферу і опорів. Мета цього аналізу — вивчення суб'єктивної реальності клієнта в міру її вияву в інтерсуб'єктивному полі терапії. Аналіз опору дає змогу встановити моменти травматичних порушень

у ранньому дитинстві, унаслідок яких було зруйновано значущі для клієнта відносини з близькими людьми.

Надаючи значної уваги трансферу як особливій формі організації досвіду, Д. Етвуд і Р. Столороу трактують різне розуміння переносу, сформульоване в роботах попередників, залежно від його ролі і функцій у психоаналітичному процесі. Вони розрізняють перенос як:

- регресію до ранніх стадій психосексуального розвитку;
- переміщення і нав'язливе повторення відчуттів і переживань, за якого пацієнт зміщує емоції, що стосуються несвідомої репрезентації витісненого об'єкта, на його психічну (ментальну) репрезентацію в зовнішньому світі;
- проєкцію об'єктних конфліктів на фігуру аналітика;
- викривлення об'єктивної реальності у формі її специфічного пояснення і розуміння (вторинна вигода);
- організувальну активність, у межах якої пацієнт асимілює аналітичні взаємини й інтерпретації та використовує їх для трансформації особистого суб'єктивного світу.

Міжособистісні напрями, які є прямим результатом еволюції теорії об'єктних відносин М. Кляйн, поширилися в американській психоаналітичній традиції. В Україні вони відомі мало через брак навчальної традиції і відсутність перекладів із цієї проблематики. Проте ці підходи мають добру перспективу як приклад ефективного засвоєння психоаналізом гуманістичних та екзистенціальних засад.

Запитання. Завдання

1. Назвіть основні психоаналітичні школи і напрями. Що у них спільне і що відмінне?
2. Охарактеризуйте психічний розвиток немовляти за теорією М. Кляйн.
3. Дайте визначення параноїдно-шизоїдної і депресивної позицій.
4. Чим подібні процеси психотерапії і грудного годування?
5. Як розвивається Самість? Які можливі дефекти її розвитку?
6. Розкрийте вплив об'єктних відносин на міжособистісні взаємини.
7. Охарактеризуйте сутність інтерсуб'єктивного підходу в психоаналізі.

4.

Аналітична психологія і психотерапія. Пост'юнгіанство

Фройдівські ідеї розвинув і продовжив К.-Г. Юнг, але дуже скоро започаткована ним аналітична психотерапія стала самостійним і певною мірою альтернативним напрямом глибинної психології. Юнг не тільки критично поставився до більшості постулатів Фрейда, а й привніс в аналітичну теорію і практику широкий гуманітарний контекст. Юнгіанство є унікальним творчим синтезом теорії несвідомого та історичних, антропологічних, етнічних, літературно-художніх, алхімічних, фольклорних і навіть фізико-математичних уявлень та ідей.

4.1. Загальні засади аналітичної психотерапії

Основні постулати аналітичної психотерапії загалом відповідають психоаналітичній традиції. Розбіжності із З. Фрейдом полягають у трактуванні лібідо (К.-Г. Юнг розглядає його як універсальний принцип, а не просто енергію сексуальних потягів та бажань), а також

розумінні психічного розвитку людини — процесу індивідуації, що відбувається впродовж усього життя і не є жорстко детермінованим початковими стадіями дитинства.

Теоретичні основи аналітичної психології

Характерною особливістю аналітичної психології і психотерапії є прямий зв'язок особистості К.-Г. Юнга з положеннями і принципами розробленої ним теорії і практик психотерапевтичної допомоги. На цьому наголошував і сам автор напряму у своїй програмній книзі «Спогади. Сновидіння. Роздуми»: «...Моє життя — це історія самореалізації несвідомого! Все, що є в несвідомому, прагне реалізуватися, і людина хоче розвиватися з своїх несвідомих джерел, відчуваючи себе як єдине ціле. Я не можу використовувати мову науки, простежуючи це на собі, оскільки я не можу дивитися на себе як на наукову проблему.

Те, чим ми є для нашого внутрішнього бачення, і те, що є людина *sub specie aeternitatis* (з погляду вічності. — *Н. К.*), може бути втілене лише в міфі. Міф більш індивідуальний і виражає життя точніше, ніж наука...».

Юнг не соромився очевидної міфологічності власної теорії — він відкрито визнавав її і наполягав, що повністю деміфологізована психологія не здатна аналізувати феномен людської сутності у всій його складності і різноманітності. Тому особистий міф¹ К.-Г. Юнга можна розглядати як одну з передумов створення його наукової школи. Він свідомо використовував зміст власного духовного життя для конструювання концептів, за допомогою яких можна зрозуміти не просто психіку, а душу людини. Недарма замість терміна «психіка» у своїх пізніх працях Юнг вживав слово «психе», акцентуючи на її невимірній універсальній трансцендентній сутності.

В автобіографії К.-Г. Юнг описував виразні дитячі сновидіння і переживання, які згодом, років у дванад-

¹ Запропоноване Юнгом поняття, що описує несвідомий життєвий сценарій індивіда. В аналітичній психології і пост'юнгіанстві розроблені методи аналізу особистого міфу, що мають важливе значення для психотерапії.

цять, сформували основу його «другого Я». «Це протистояння двох іпостасей моєї особи, — писав Юнг, — продовжувалося все моє життя... Інший, номер другий — типова фігура, але усвідомлюється вона дуже рідко». Це пряме свідчення того, наскільки чутливим до несвідомого був ще з дитинства основоположник аналітичної психології. Уявлення про несвідому установку як про другу, надзвичайно значущу і комплементарну (доповнювальну) до свідомості психічну функцію, — одне з основних положень юнгівської теорії. Період роботи асистентом і лікарем у психіатричній лікарні Бургхольці став важливим для особистісного, професійного і наукового становлення К.-Г. Юнга. Спостерігаючи за пацієнтами, він уперше замислився про символізм симптомів психічних розладів. У своїх спогадах Юнг навів приклад жінки, яка раз по раз повторювала серію своєрідних нав'язливих рухів, ніби проколюючи і протягуючи щось невидиме. Розпитування виявили, що хвороба почалася в цієї пацієнтки після того, як її кинув коханий-шевець. Юнг зрозумів приховану несвідому мотивацію нав'язливих дій: жінка повторювала рухи шевця, щоб продовжити свій зв'язок із ним. Відтоді він почав активно цікавитися сенсовою зумовленістю психозів і дійшов висновку, що манія переслідування і галюцинації мають раціональну основу. За ними фігурують цінності особи, її надії і бажання, а за психозом — загальна психологія індивідуальності.

К.-Г. Юнг запропонував теорію колективного несвідомого та його структурних елементів — архетипів, уточнивши, які з них є складовими особистості і як вони визначають індивідуальність як процес особистісного розвитку. Він описав основні її етапи, ускладнення та спричинені ними психологічні проблеми. Йому належить також оригінальна типологія особистості, яка спирається на уявлення про основні психічні функції та їх компенсаторний взаємозв'язок. Крім того, учений обґрунтував ефективний метод експериментального дослідження несвідомих комплексів — асоціативний експеримент, розробив нові стратегії тлумачення сновидінь, вніс нові позитивні ідеї в розуміння шлюбу як психологічних взаємин, сімейних і дитячо-батьківських стосунків.

Для пізньої творчості Юнга характерний інтерес до філософських проблем людської особистості і психіки.

У післявоєнний період він розробив складні теорії трансцендентної функції психіки, енантіодромії і синхронії; виклав нову теорію психічного, у якій представляв психіку не просто як здатність суб'єкта сприймати і розуміти світ, а як універсальну світотвірну сутнісну категорію. Таку психіку, основу *Unus mundus* (єдиного, цілісного світу, сповненого зв'язків і взаємозалежностей), він називає «психе», наголошуючи, що це основа світу, яка є не тільки запорукою умов існування, а й втручається в існуючий природний лад.

На відміну від психіки, основною функцією якої є віддзеркалення дійсності в знаково-символічній формі, юнгівська психе — це універсальна здатність до відтворення світу як універсуму, тобто світу, сприйнятого, осмисленого та оціненого людиною. Задовго до постмодерністських ідей «смерті суб'єкта» (М. Фуко) і несвідомої суб'єктності (Ж. Дельоз, Ф. Гваттарі) Юнг розробив уявлення про *несвідомий індетермінізм* (жорстку зумовленість дій і поведінки) *суб'єкта*. Обґрунтований ним пріоритет несвідомої психе розвінчує ілюзорну могутність свідомості, яка нібито контролює і регулює людське життя. Численні спостереження життєвих криз пацієнтів переконали Юнга-психіатра в тому, що розум і свідомість лише незначною мірою відповідальні за виникнення і результат фатальних для особистості подій; можливості свідомості суб'єкта щодо організації його власного життя обмежені.

Юнгіанський підхід «вписав» психотерапію в широкий контекст гуманітарно-філософського знання, а також започаткував нові, символічні і метафоричні, форми психотерапевтичної практики. Концепція особистого міфу допомогла структурувати терапевтичний процес у добре зрозумілих для клієнтів етапах і формах: аналітик супроводжує клієнта на окремих стадіях його життєвого шляху, опрацьовуючи певні архетипічні проблеми.

Основні архетипи і процес їх індивідуації

Юнг-філософ осмислював розбіжності свідомих намірів і життєвих планів з реальною картиною та обставинами життя в руслі антагонізму свідомості (яка претендує на чільну і вищу роль у психіці) і загальної несвідомості психе, трансцендентальну природу якої

розглядають як долю або божественний чи демонічний вплив. Для людини однаково згубно і піддатися впливу несвідомого, і сліпо вірити у всемогутність свідомості, обмеження якої стають помітними лише в ситуаціях життєвого краху.

Проте завжди існує можливість синтезу, взаємодії та спільного сприяння свідомості і несвідомої психе, хоча цей процес, на думку Юнга, ускладнений кількома обставинами. Як правило, такий синтез, що веде до утворення трансцендентної функції, починається з глибокої особистісної регресії. Суть її полягає в тому, що людина, опинившись у важкій життєвій ситуації, хоче схватися в минулому, стати дитиною і повернутися до батьків, чії ідеалізовані образи (імаго) здаються всемогутніми і проєктуються зовні. Регресія — цілковите торжество несвідомого, тому свідомість намагається її загальмувати. Ці процеси відбуваються на тлі тривоги, невпевненості в собі, іноді супроводжуються соматичними розладами. Саме з такої ситуації починається індивідуація, сприяння якій і є основною метою аналітичної психотерапії.

Індивідуація (лат. *individuo* — неподільний) — відновлення та розгортання первинної цілісності і єдності індивіда, максимальна реалізація його сутності.

Окремі етапи індивідуації визначаються впливом архетипів.

Архетип (грец. *archetypos* — першообраз) — універсальна структура, що акумулює досвід колективного несвідомого, об'єднаний навколо важливих образів чи ідей (Тінь, Персона, Божественне Дитя, Велика Мати), через яку несвідоме впливає на поведінку та психіку.

Контакт з архетипом переживається як величний, таємничий, моторошно-захопливий, у чому виявляється сакральна або нуміозна (божественна) природа архетипу.

Запропонований Юнгом термін «індивідуація» вказує водночас на два напрями, основні змісти особистісного зростання: унікальність, неповторність кожної людини та її духовну, психічну і тілесну цілісність. Метою процесу індивідуації є досягнення повного розвитку Самості (сутності людського Я).

Самість — центральний архетип структури особистості, який уособлює максимальну повноту її самореалізації, творчий потенціал і різноманітні можливості та життєву силу.

Індивідуація Самості — це самопізнання і саморозвиток, шлях до себе, «створення душі». Проникнення

у власну унікальну природу передбачає насамперед пізнання свого несвідомого, інтеграцію окремих архетипів особистісної структури — Тіні, Персони, Аніми чи Анімуса. Відповідно процес індивідуації відбувається в три етапи: усвідомлення тіньової сутності, вихід з-під влади Персони та взаємодія з Анімою чи Анімусом.

Архетип Тіні. Він уособлює негативні аспекти (рис характеру, мотиви, прагнення, думки і почуття, цілі і цінності), які є в кожній людині. Цей архетип люди сприймають як чужий і небезпечний. Більшість клієнтів намагається позбавитися його проявів за рахунок проекції, приписуючи тіньові характеристики своєму оточенню, ворогам чи суперникам. Саме цей архетип відповідає за поширені етносоціальні стереотипи («брудні негри», «розбещені французи», «підступні чеченці», «кляті москалі», «злочинні олігархи», «музиканти-наркомани»).

Процес індивідуації починається з усвідомлення власних тіньових характеристик, що відбувається вимушено, у ситуації, яку людина переживає як хворобливу, нестерпну, трагічну, катастрофічну. Більшість клієнтів, звертаючись за психологічною допомогою, скаржаться на конкретні проблеми — втрату близьких, самотність, службові неприємності, фінансові негаразди, психосоматичні симптоми тощо. У своїх розповідях вони всю життєву ситуацію характеризують як кризову, переживання якої супроводжується відчуттям безсилля, безпорадності і безвиході.

Юнгіанська психотерапія радить не боротися з Тінню і не пробувати її відщепити: у фольклорі різних народів існують повчальні історії про людину, яка втратила або продала свою тінь, — вони завжди погано закінчуються. З Тінню потрібно «домовлятися». Це непросто, адже вона є не лише негативною частиною особистості, а й уособлює все, чим людина бути не хоче, втілює якості та бажання, від яких свідомість відвертається з жахом і огидою. Тінь гірша за будь-якого ворога, бо не дає змоги забути про власну тваринну природу. До того ж Тінь — майже неусвідомлювана частина психіки.

За результатами численних клінічних спостережень Юнг дійшов висновку, що в таких випадках єдиною по-

зитивною стратегією є довіра до несвідомого і жвавий інтерес до тих способів мислення та поведінки, які пропонує Тінь. Звичайно, потрібна чимала мужність для того, щоб поглянути в обличчя демонам власної психе і довіритися їм. Як зауважила учениця Юнга Марія-Луїза фон Франц, тільки від людини залежить, стане Тінь «другом» чи «ворогом».

Визнати власну Тінь і спілкуватися з нею найзручніше через сновидіння. Тінь у снах представлена різноманітними страховиськами, хижими тваринами, розбійниками, відьмами або чортами та ін. Наявність кошмарів і боротьба з чудовиськами у снах — пряма вказівка на те, що поточний етап індивідуації ускладнений певними перешкодами. Аналітична допомога в цих випадках спрямована на підтримання пацієнта та інтерпретацію символіки Тіні. Юнг запропонував чотирьохетапну схему аналізу, на кожному етапі якої перед аналітиком стоять певні завдання:

1. Сповідь (катарсис). Терапевт має уважно слухати клієнта, заохочувати вираження негативних емоцій, демонструвати зацікавленість образами та сюжетами, у яких відображають проблеми з Тінню.

2. Роз'яснення (інтерпретація). Завдання терапевта полягають в ампліфікації (збагаченні) і тлумаченні архетипічної символіки з перспективою залучення довільних асоціацій клієнта.

3. Пристосування. Цей етап передбачає роботу в режимі активної уяви, тобто взаємодію з образами та символами Тіні за конкретними сценаріями. Наприклад, клієнтові можна запропонувати, щоб він уявив собі спуск до підземної печери і зустріч з її хазяїном та описав, що це за істота, чи загрожує (і як саме) вона клієнтові, як знайти з нею спільну мову, що вона може розповісти або чим обдарувати в разі згоди. Аналогічні запитання придадуться їй в інших ситуаціях, архетипічний зміст яких відповідає ідеї зустрічі з Тінню.

4. Трансформація. На цьому етапі клієнт переживає зміни, зумовлені згодою з Тінню, її інтеграцією. Він відчуває нові сили та можливості і розуміє, що період занепаду минув. Аналітик схвалює результати і розповідає про подальший перебіг індивідуації — вивільнення від контролю Персони.

Архетип Персони. Цей архетип утілює соціальні та соціокультурні детермінанти особистісної активності.

Персона — це зовнішня частина особи, якою та звернена до людей і суспільства; вона є одночасно фактором і результатом соціального пристосування індивіда. Присутність в індивідуальній психіке деяких фрагментів колективної психіки сприяє соціальним діям і контактам, однак перешкоджає індивідуалізації, яка «вириває» людину з-під влади соціального контролю і суспільного життя. Персона як соціальний архетип, що охоплює систему компромісів, необхідну для життя в громаді, закорінена у примітивному психічному житті.

Персона — те, чим людина звикла себе вважати, хоч насправді її сутність інакша. Властивості Персона протилежні автентичності, вони ілюзорні, бо сформовані «напоказ». Однак якщо особистість починає ототожнювати себе з цією ілюзією, виникає *психічна інфляція* — надмірне розширення, «розпухання» особистості, яка некритично асимілює несвідомі змісти та ідентифікується з ними. Психічна інфляція повністю блокує процес індивідуалізації. Людина ототожнює себе з чимось величним, грандіозним, могутнім, хоч насправді залишається обмеженою і слабкою. Психологічними ефектами такої інфляції є манія величчя або відчуття неповноцінності — залежно від того, активно (впливає) чи реактивно (стає об'єктом впливу) функціонує Персона.

Якщо індивідуалізація — це наближення до Самості, то інфляція — віддалення від неї. Її супроводять дисоціація (роз'єднання) психічних складових, дедалі більше розщеплення в системі особистості, антагонізм свідомої та несвідомої установок. Такий стан буття називають *мана-особистістю* (полінез. «мана» — надприродна сила і могутність). Людина здається собі набагато мудрішою і привабливішою, ніж є насправді, і вона тягнеться не до власної суті, а до химери псевдодосконалості, якої неможливо досягти.

На відміну від захопленості Тінню владу Персона клієнти переживають набагато легше; більшості з них здається, що справи йдуть непогано. У період інфляції людина сповнена нереалістичних очікувань, сприймає бажане за дійсне і не чує критичних застережень. Тому позиція аналітика має поєднувати уважне і доброзичливе спостереження мана-проявів і послідовну конфронтацію з ними. Часто єдиним компенсаторним механізмом у системі психіки залишаються сновидіння. Предста-

влена у них картина життя клієнта постає тим більш негативною і загрозовою, чим більше він вдається до самообману. Сни відображають катастрофічні невдачі в соціальній чи приватній сфері, вони ніби погрожують мана-особистості. Клієнти дуже бояться, що такі сновидіння можуть виявитися пророчими, тому їх обговорення та інтерпретація стають ефективною основою для аналітичної роботи.

У сновидіннях символіка Персони часто пов'язана з одягом та іншими елементами оформлення зовнішності, адже Персона — це справді «психічний одяг», який не варто вважати головнішим за його вміст. Сновидіння з багатими декораціями, переобтяжені вишуканими елементами інтер'єру, оздобами і прикрасами, прямо вказують на психічну інфляцію. Компенсаторні тенденції можуть проявлятися в тому, що людина уві сні бачить себе роздягнутою, в розірваному, старому чи брудному одязі, голою на офіційній церемонії тощо. Інколи ідея штучності, несправжності, фальші передається семантикою перукарні, лялькового театру, косметичного салону або показу модної колекції одягу.

Стратегію роботи з Персоною в юнганстві визначають як деструкцію (лат. *destructio* — порушення, руйнування) — у тих випадках, коли її розвиток гіпертрофований і заважає індивідуалізації. Такі розлади трапляються частіше, ніж слабка або недорозвинена Персона, яка потребує підтримки. Дефіцитарне (недостатнє) функціонування Персони супроводжують негативні оцінки соціального середовища, люди з таким проявом архетипу часом набувають репутації «блаженних», «не від цього світу». Вони ігнорують типові соціальні норми і цінності, не прагнуть спілкуватися і робити кар'єру, часто не звертають уваги на свій одяг і зовнішність тощо. Психологічних проблем у них менше, бо труднощі при спілкуванні виникають в інших. Якщо клієнт вивільнився з-під влади колективної психіки, уособленої в архетипі Персони, завдання цього етапу індивідуалізації можна вважати виконаним.

Архетипи Аніми, Анімуса. Вони доповнюють чоловічу або жіночу природу людини і уособлюють, відповідно, жіночі аспекти психе чоловіків і чоловічі — жінок. Аніма — це духовність і душа чоловіка, вона регулює його емоційне та почуттєве життя і несе відповідальність

за кохання, любовні взаємини, шлюб, стосунки із жінками — від матері й сестер до жіночих фігур у бізнесі або політиці. Аніма відіграє вирішальну роль у сприйнятті літератури і мистецтва, забезпечує духовне зростання, визначає релігійний аспект життя.

Анімус відповідає за розум і логіку в поведінці жінки, спонукає її до соціальних досягнень і кар'єрного зростання, допомагає приймати рішення і розв'язувати проблеми. Він містить досвід спілкування з чоловіками, на ґрунті якого жінка формує уявлення про них, кохання і шлюб; впливає на її світосприймання, цінності та життєві цілі. К.-Г. Юнг зазначав, маючи на увазі ці архетипи, що у психіці кожного чоловіка живе неусвідомлена жінка, а в жіночій психіці — прихований чоловік. Однак у цих архетипів різні принципи функціонування: Ерос, що забезпечує зв'язок, синтез і асоціюється з інтуїцією та стихійністю, і Логос — раціональність, логіка, абстрагування та аналіз. «Функція Еросу, — зауважував Юнг, — об'єднувати те, що було розділено Логосом». Тому на цій стадії аналітична допомога чоловікам і жінкам різниться. Спільність полягає лише в тенденції проектувати архетип Аніми чи Анімуса на більш-менш відповідних осіб. Така проекція, особливо в молодому віці, розпалює закоханість у свій об'єкт. Сильні почуття є підґрунтям юнацького романтичного кохання, але воно рідко буває надійним і вільним від деструктивних аспектів. Адже реальні чоловіки і жінки, в яких закохуються клієнти, не відповідають їх неусвідомленим прагненням і бажанням. У художній літературі майже завжди ідеальна Аніма-проекція (Ізольда, Джульєтта, Джіневра, Єлена) трагічно гине зі своїм коханим у молодому віці, а романтичний коханець-Анімус (Перелесник, Роланд, Лоенґрін) також втрачає свою обраницю або прирікає її на довге самотнє життя.

Окрім любовних проблем і шлюбних суперечностей, неінтегровані Аніма й Анімус призводять до незрілості й інфантильності, можуть спричинити шизоїдну розщепленість та саморуйнівні тенденції особистості. Ці архетипи містяться в несвідомому значно «глибше», ніж Тінь і Персона, їх усвідомлення та взаємодія з ними набагато важчі. Характеризуючи їх, К.-Г. Юнг наголошував, що вони — дух невідомих предків, їх спосіб думати і відчувати, пізнавати життя і світ, богів і людину.

Живуть вони у світі, дуже відмінному від зовнішнього. Час там тече нескінченно повільно, а народження і смерть індивіда не такі вже й важливі. Тому їх суть настільки чужорідна, що їхнє вторгнення у свідомість часто рівнозначне психозу.

Аналітичну роботу з такими архетипами слушно розпочинати зі з'ясування того, на якій стадії розвитку перебуває Аніма чи Анімус клієнта: еротично-сексуальній, романтичній, материнській/батьківській чи духовній. Корисно також визначити структурно-рольову форму жіночої або чоловічої психіки (за Е. Вульф). Для жінки це «мати», «гетера», «амазонка» і «звичайна жінка». Для чоловіка — «син», «воїн», «аскет» і «голова сім'ї» («сім'янин»). Ці форми визначають рольові очікування та емоційні потреби особистості, а архетипи Аніми/Анімуса вступають із ними у складну багатоаспектну взаємодію, спочатку конкурентну, а за успішної терапії — гармонійно-доповнювальну.

Типовою помилкою психотерапевта є спроба поділити прояви Аніми/Анімуса на позитивні і негативні, не менш важливі для процесу індивідуації, оскільки вони попереджають особу про помилки і слабкі місця у спілкуванні з протилежною статтю. Хитрі та підступні втілення Аніми (Цирцея, Мелюзіна, Лорелея) або жорсткий Анімус (Синя Борода, цар Шахріяр із «1001 ночі») навчають і застерігають, а смертельна небезпека на життєвому шляху може перетворитися на важливий фактор особистісного зростання: або вона здолає суб'єкта, або суб'єкт вийде переможцем і досягне нових щаблів власного розвитку.

Попри амбівалентність архетипів, які поєднують у собі добро і зло, небесні і хтонічні (земні, місцеві) елементи, їх інтеграція завжди має позитивний ефект. Негативними можна вважати неінтегровані, відщеплені Аніму/Анімуса, які набувають демонічної автономності і стають неминучою перешкодою для індивідуації Самості. Негативний Анімус є псевдоінтелектуальним елементом, який найкраще визначають слова «упередженість» або «забобон». Аніма як носій нижчих афективних прагнень і Анімус як ірраціональні, «другосортні» думки та переконання стають причинами більшості помилкових і нерозсудливих вчинків, жорстоких дій, невиправданих претензій.

На відміну від попередніх стадій психотерапевтичного процесу в цій ситуації краще вдатися до інтерпретації довільних асоціацій. Великий емоційний потенціал Аніми/Анімуса потребує повільного просування шляхом пізнання символіки несвідомого. Індивідуальні образи підтримують Его клієнта на осі Его — Самість, тоді як нуміозна (пов'язана зі страхом надприродного) архетипічна символіка може порушувати цю рівновагу. У роботі з архетипами гендерної духовності не слід занадто покладатися на когнітивні можливості клієнта. Його ненадійність і вразливість, трансферентна упередженість є нормальною реакцією на емоційний хаос, що спричиняє Аніма/Анімус. На завершальних етапах роботи можна вдатися до аналізу сновидінь, але передчасне звернення до снів часто викликає глибоку регресію або депресивні реакції на терапевтичну роботу.

Після інтеграції основних архетипів структури особистості (Тінь, Персона, Аніма/Анімус) психотерапевтичну допомогу зосереджують на провідному завданні — досягненні та реалізації Самості. Цю мету не можна розглядати як щось кінцеве, конкретне. Процес індивідуації нескінченний, його природу ілюструє не пряма лінія, а спіраль, яка поєднує свідоме з несвідомим у все нових і нових витках. Тому коректніше вести мову не про досягнення Самості, а про наближення до неї. Адже індивідуація Самості — не просто єдність, повнота, довершеність і гармонія, а постійний розвиток, ускладнення, збагачення та оновлення людської душі.

У процесі індивідуації психе, в якому, на думку К.-Г. Юнга, завжди наявний автономний, незалежний від зовнішніх впливів (у т. ч. і психотерапевтичної роботи) процес, активуються й інші архетипи: Трікстер, Мудрець, Діва, Божественне Дитя та ін. Усі вони впливають на переживання та усвідомлення людиною своїх якостей, потреб, проблем чи прагнень. Робота з ними має свою специфіку. Важливим і обов'язковим чинником її є процедура ампліфікації за рахунок універсальної архетипічної культурної символіки. Розгорнуті приклади ампліфікації з використанням релігійної, міфологічної та алхімічної символіки Юнг подав у працях «Айон», «Відповідь Йову», «Психологія і алхімія».

К.-Г. Юнг переконував, що індивідуація — завдання для обраних, під силу вона тільки еліті. Більшість людей, на його думку, навіть не переймаються метою самореалізації та духовного зростання, їх цілком задовольняє більш-менш успішне існування на рівні колективної психіки (Персона). Та якщо процес індивідуації розпочався — спонтанно чи був ініційований, наприклад, навчанням на психологічному факультеті, — його не можна зупинити, бо таку зупинку особистість буде переживати як життєвий застій, руйнацію і занепад.

Також фундаментальним положенням, яке стосується психотерапії проблем, пов'язаних з особистісним розвитком, є думка К.-Г. Юнга щодо відмінностей у психологічних проблемах молодого і зрілого людини. Життя молодого людини, як правило, розгортається під знаком загальної експансії з прагненням досягти поверхових цілей, а її невротичні тенденції ґрунтуються переважно на нерішучості або відхиленні від основного напрямку діяльності. Життя старіючої людини відбувається під знаком контракції (стягування, скорочення), затвердження досягнутого і зниження зовнішньої активності. Її невротичність полягає зазвичай у невладивій зрілому віку фіксації на юнацьких установках і мріях. Якщо молодий невротик лякається життя, то немолодий відступає перед смертю. Те, що колись було для юнака (юнки) нормальною метою, для немолодого людини стає невротичною перешкодою, так само як через нерішучість молодого невротика його нормальна залежність від батьків перетворюється на осоружні інцестуозні стосунки. Природно, що невротичні опір, витіснення, захисти у молодого людини мають протилежне значення порівняно з немолодою, незважаючи на їх певну зовнішню подібність.

К.-Г. Юнг наголошував, що в дитинстві і старості людина не усвідомлює своїх проблем — вона просто є проблемою для тих, хто про неї піклується. Тільки в зрілому віці, від 40 до 60 років, вона розв'язує свої проблеми як активний і самостійний суб'єкт.

За спостереженнями вітчизняних психотерапевтів, більшість їхніх клієнтів — це люди віком від 20 до 35 років. Навіть старші за них, як правило, психологічно відчують себе людьми «першої половини життя» (наприклад, сорокарічні жінки, які ще сподіваються

влаштувати свою долю за зразком двадцятирічних — ідеальне заміжжя і відсутність турбот надалі). Тому думка Юнга по-новому висвітлює актуальну для багатьох клієнтів проблему інфантильного особистісного функціонування.

Очевидно, що далекий від ідеї «дорослішання» розвиток з віком стає все менш здоровим, навіть якщо і не супроводжується вираженими невротичними проявами. Так само аналітик, що працює з конкретною проблемою, не має ігнорувати прояви, пов'язані з недостатньою зрілістю клієнта. Часто терапевт занадто захоплюється власне аналітичним лікуванням, завданням допомогти, ідеєю психологічної освіти — і мало дбає про те, щоб пацієнт міг поглянути на свої «тимчасові» труднощі в цілісному життєвому контексті, з позиції його віку. Таку мету найдоречніше поставити у зв'язку із закінченням терапевтичної роботи, яка завдяки цьому набуває необхідної чіткості і завершеності.

4.2. Основні напрями і психотерапевтичні моделі пост'юнгіанства

Учні та послідовники К.-Г. Юнга розширили і доповнили його уявлення про природу і функції несвідомої психе. У сучасному пост'юнгіанстві сформувалися три основні школи: класична, школа розвитку і архетипічна. Основні розбіжності між ними стосуються тлумачення природи архетипу, розуміння процесу індивідуації та визнання ролі Самості в ньому. Загалом поділ на школи умовний, адже один і той самий автор у різних працях може здатися прихильником різних шкіл.

Класична школа в пост'юнгіанстві

Юнгіанці, які належать до класичної школи (Герхард Адлер, Марія-Луїза фон Франц, Іоланда Якобі, Джон Кемпбелл, Джозеф Хендерсон та ін.), основну увагу приділяють вивченню Самості, розглядаючи її як

трансцендентальну вершину людського розвитку, найвищу повноту творчої самореалізації індивіда. Вони всебічно досліджують архетипічні аспекти Самості, її символічні переживання та їх вплив на процес терапії, опираючись на юнгівську спадщину. Одну з найрозвинутіших тенденцій становлять інтерпретування і коментування пізніх філософських робіт К.-Г. Юнга.

У процесі терапії прибічники класичного юнгіанства розрізняють три основні аспекти:

1) усвідомлення несвідомих сенсів і складових психе («перехід несвідомого у свідоме»);

2) усталення і розвиток трансцендентної функції, яка виконує роль органу психічної рівноваги, забезпечує стійкість до вторгнень несвідомого, асимілює його позитивні прояви та знешкоджує негативні;

3) сприяння розділенню індивідуальної та колективної психіки, заохочення творчих, індивідуалізованих форм та способів спілкування і розвитку, деконструкція соціальних стереотипів і послаблення манавпливу Персона на унікальний процес саморозвитку особистості.

Класична школа зосереджена на процесі індивідуації. У терапевтичному плані робота будується на зразок сюжету героїчного міфу, як це описано у дослідженнях Дж. Кемпбелла. Герой (Его) спочатку перебуває у скрутній, кризовій ситуації, часто йому загрожує смерть, тобто архетип Тіні може здолати Его і підкорити його собі. Герой вирушає у подорож (початок шляху індивідуації), зазнає численних пригод, долає перешкоди, здобуває магічного помічника (часто у вигляді велетня або звіра — угода з Тінню). Він перемагає несприятливі обставини за допомогою хитроців, уміння ховатись, перебиратись у чужий одяг (Персона) і, нарешті, у бою з чудовиськом (драконом, велетнем, Коцієм Безсмертним) здобуває принцесу (поєднання з Анімою). Після цього сам стає мудрим королем або володарем і забезпечує добробут оточенню (Самість). Жіноча історія аналогічна, за типом відомих казок «Красуня і чудовисько» або «Фініст ясний сокіл».

Представники класичного підходу надають перевагу ампліфікаціям над інтерпретаціями, часто спілкуються з клієнтом за допомогою міфів, казок та історій. Класична школа не має серйозних розбіжностей зі школою розвитку.

Школа розвитку в пост'юнгіанстві

Засновником школи розвитку був англієць Ендрю Самуелс. Представники її більше зосередилися на клінічних аспектах аналітичної практики. Центральною проблемою дослідження цієї школи є перенос, його різноманітні форми, архетипічні символи, взаємний вплив несвідомої психіки терапевта і клієнта в аналітичному процесі. Якщо К.-Г. Юнг застосував алхімічні символи (перенос називав «гієрогамос» — священний шлюб; перетворення і видозміни психе пацієнта — «трансмутація»; відносини аналітика і клієнта трактував як взаємини між адептом і його містичною сестрою/братом), то пост'юнгіанці залучили до терапевтичних метафор сучаснішу техногенну та історико-генетичну символіку.

Аналіз трансферу в пост'юнгіанстві може відбуватися в контексті розгляду спільної, взаємозалежної індивідуальності аналітика і клієнта, де терапевт не завжди наголошує на своїй провідній ролі. Як зауважує Майкл Фордхем, це схоже на подорож, у якій сильніший супутник допомагає слабшому долати небезпечні скелі й урвища. Однак терапевт не визначає, куди саме вони йдуть, не підганяє мандрівника і не виконує його обов'язків.

На думку Еріха Ноймана, індивідуальність не слід розглядати тільки як розвиток Самості, ігноруючи процеси, що відбуваються в Его. Трактуювання Его у Юнга має певні розбіжності: це і комплекс, і особистісна регулятивна інстанція, і центр свідомості, і поверховий шар психе, який прикриває та відокремлює індивідуальне несвідоме. Е. Нойман, досліджуючи розвиток Его, використовує термін «вісь Его — Самість». Таке динамічне утворення підтримує рівновагу між властивими Его тенденціями до розділення, відокремлення, диференціації та схильністю до об'єднання і цілісності, які кореняться в Самості. Самість — «єдність, що містить множини і не втрачає в єдності множинних якостей» — розвивається циклічно, і кожен цикл на новому рівні підтримує рівновагу між Еросом і Логосом, свідомістю і несвідомим, жіночим і чоловічим, екстернальністю та інтернальністю, інстинктом і образом, сакральним і профанним. Ця динамічна рівновага і становить вісь Его — Самість.

Трансцендентна функція як здатність робити правильний, виважений вибір між протилежними архетипічними тенденціями і можливостями, не вдаючись при цьому до компромісів, — фактор, що зміцнює та усталює вісь Его — Самість, на яку «навивається» спіральний процес індивідуації. Психотерапевт сприяє формуванню середньої зони (*метакси*) між окремими зонами психе та виконує роль *психопомпа* — провідника на шляху індивідуації. Він у жодному разі не має підштовхувати клієнта до певної життєвої мети, робити за нього вибір або ініціювати, прискорювати чи уповільнювати процеси, що автономно відбуваються в психе. Його функція — суто когнітивна і вичерпується дослідженням, роз'ясненням, полегшенням розуміння образів і символіки тощо.

Школа розвитку надає значення не стільки минулому досвіду клієнта, скільки взаємозв'язкам між минулим, сьогоденням і майбутнім. Важливим завданням є усвідомлення клієнтом циклічності власного зростання, а критерієм успіху в аналізі трансферентної динаміки вважають відсутність повторення проблем.

Архетипічна школа у пост'юнгіанстві

Архетипічна школа, представлена роботами американця Джеймса Хілмана (нар. 1926), швейцарця Адольфа Гуггенбуль-Крейга (нар. 1923), Генрі Корбіна, досліджує і застосовує в терапії образи, що є базовим, первинним рівнем психічної реальності (образи сновидінь, фантазії, поетичні та художні образи), розглядаючи їх як прояв і спонтанну діяльність людської душі. Як стверджує Дж. Хілман, образи мають суто творчий характер і не є результатом відчуттів і сприйняття чи ментальними конструкціями, що в символічній формі представляють деякі ідеї та почуття. Насправді образ співвідноситься тільки із собою. За своїми межами він не пов'язаний ні з чим зовнішнім, семантичним: образи нічого не означають. Вони становлять тільки психічне в його імагінативній (образній) формі; як первинна даність образ існує сам по собі.

Такий погляд властивий багатьом людям: клієнти часто ставляться до створюваних ними образів із пошаною

і любов'ю. Спроба терапевта порушити цей пієтет своїми інтерпретаціями може серйозно ускладнити перебіг терапії і зруйнувати взаєморозуміння і довіру до аналітика. Проте інтерпретації — невід'ємна частина аналізу. Проблема полягає в умінні бачити моменти, у яких представлені пацієнтом образи і мотиви потребують не тлумачення, а іншого ставлення. Іноді клієнти самі допомагають вирішити це завдання, але так буває нечасто.

Якщо К.-Г. Юнг виокремлював три рівні тлумачення несвідомої символіки, то Дж. Хілман надає образам значно більшого значення. За Юнгом, спочатку аналітик працює з явним значенням образів (каузально-редуктивне пояснення), відтак розкриває латентне (на межі свідомості) значення, а після цього занурюється у приховані, езотеричні аспекти символу, зумовлені базовим культурно-міфологічним досвідом колективного несвідомого. Дж. Хілман називає образ «матерією душі» і веде мову про абсолютне, апріорне значення образів, наголошуючи, що вони мають власну цінність, а не зводяться до зашифрованих повідомлень або клінічних абстракцій. На його погляд, душа формується з образів і переважно є діяльністю, представленою сновидіннями. Сновидіння уві сні є образом поряд з іншими образами, і тому можна стверджувати, що радше сновидіння перебуває в образі (а не навпаки — образ перебуває у сновидінні). А джерело образів — образів-сновидінь, образів-фантазій, поетичних образів — спонтанна діяльність душі.

Свідомо використовуючи слово «душа» замість термінів «психіка» або «психе», Хілман акцентує увагу на духовних, ціннісних аспектах психічного життя та індивідуальності особистості, на безмежності, потенційній незавершеності і нескінченності психічних процесів, які реалізують особистісне зростання і розвиток. На його думку, семіотична специфіка образу полягає в тому, що він (образ) не фіксує значення, а радше вказує на нього, формує уявлення про неловиме, містичне, трансцендентне вимірювання буття. Тому робота з образами в архетипічній психології може бути і засобом, і метою терапії; інтерпретація образів сновидінь і фантазій не просто сприяє процесу індивідуальності, а й певною мірою становить його сутність.

Представники архетипічного напрямку вважають, що образи не тільки вказують на явища перенесення, регресії або інфляції, а й виконують роль засобу контролю їх динаміки. Крім того, робота з образами є чи не єдиним способом впливу на ту частину психе, яку в юнгіанстві розуміють як «життєвий процес, що за своїм божественним характером виходить із часів віковичних і забезпечує прагнення до формування символів».

Дж. Хілман та його послідовники схильні розглядати неврози та інші психічні розлади як невідрегульовану патологічну взаємодію з архетипічними образами, що виявляються сильнішими за Его і «відбирають» психічну енергію в процесу індивідуації. Не задіяне своєчасно в реальному житті лібідо регресує в міфічний світ архетипів, де активує образи, які з давніх-давен відображають вороже людині, чуже і страхотливе життя богів чи демонів. Якщо така регресія відбувається в молодості, індивідуальне життя людини витісняє божественна архетипічна драма. Її згубність посилюється тим, що свідомість не має засобів розпізнавання того, що відбувається, і не дає змоги позбавитися «зачарованості душі». В цьому виявляється життєво важливе значення міфів: вони пояснюють спантеличеній людині, що відбувається в її несвідомому і чому воно таке привабливе, трактуючи це божественним впливом. Проте особистість не завжди спроможна повернутися до людського неушкодженою, і в такому разі психотерапевтична допомога не просто бажана, а й необхідна.

Архетипічна психологія виходить із того, що образи як базові елементи психіки спонтанні, автономні і мають велику цінність. У цьому їх можна розглядати як одиниці структури особистості, її складові. Розвиваючи уявлення К.-Г. Юнга про базові архетипічні структури, Дж. Хілман у 1975 р. запропонував *парціальну теорію особистості*. За цією теорією, кожна людина характеризується безліччю інтенцій, прагнень, бажань і намірів, у ній в різних пропорціях змішані творчість, користь, жадання нового, прагнення спокою, заздрість, самопожертвування, честолюбство, самодостатність тощо. Їх можна уявити як самостійних персонажів, що послідовно або одночасно беруть участь в оповіданні під назвою «Життя». «Особа є театром архетипічних фігур, — зауважує Хілман, — частина з яких розташовується на

передньому плані внизу і в центрі, інші чекають за кулісами, а саме дійство демонструє героїчні, комерційні, комічні, трагічні та фарсові теми»¹.

Численні персоніфікації, з яких складається окремий суб'єкт, часто представлені у сновидіннях. У такій формі їх можна використовувати в роботі з клієнтами, оскільки образи, безпосередньо сприйняті і пережиті, викликають менше відторгнення і захисту.

Із такими парціальними (частковими) субособистостями у формі образів можна взаємодіяти по-різному: поговорити, побитися, висміяти, обійняти, намалювати, привітати, прогнати тощо. За бажанням клієнта з образами сновидінь можна не тільки розмовляти, а й танцювати, колекціонувати їх, давати імена або пригощати морозивом. Ці дії, віртуальні або реальні, є проявами як регресивної загрози цілісності Я, так і прогресивної диференціації, що сприяє розвитку Самості. Усе залежить від терапевтичної ситуації загалом і професійної інтуїції аналітика зокрема.

У сновидінні пацієнта парціальні особистості були представлені величними, могутніми фігурами з надприродними властивостями. Він споглядав образи демонічних чоловіків і прекрасних жінок, одночасно спокусливих і страхітливих. Персонажів сну клієнт бачив у динаміці, але не міг пригадати, що саме вони робили. «Там були приміщення, схожі на палаци, і якісь поля, або мисливські угіддя, ліс... Усе якимось нечітко і розпливчасто, але по суті, а не візуально, якщо ви розумієте, про що я кажу».

Спочатку аналітик запропонував ідентифікувати ці образи у межах певної міфологічної або релігійної традиції, давши їм відповідні імена. Клієнт щиро захопився цим, використовуючи грецьку міфологію, і раз у раз радився з терапевтом, як буде краще. У процесі роботи аналітик зауважив, що, назвавши образ будь-яким ім'ям (запис пацієнтом змісту сну містив необхідний для реконструкції матеріал), пацієнт надалі приписував йому відповідне заняття (Афіна пряла, Афродіта милувалася собою в дзеркалі тощо).

Т.: Проте ви не пам'ятаєте, що саме робили персонажі у вашому сновидінні?

К.: Ні... Однак вони повинні це робити?

¹ Хиллман Дж. Архетипическая психология. — СПб.: Б. С. К., 1996. — С. 36.

Т.: Не знаю. Здається, образи сновидіння нікому нічого не винні.

К.: А навіщо ми тоді даємо їм імена? Адже це дасть змогу зрозуміти значення сновидіння, його послання.

Т.: Якраз значення сну ви і назвали розпливчастим, нечітким.

К.: А ви намагаєтеся його прояснити?

Т.: Так, напевно. Проте можна зробити й інакше. Це ваші образи, і їх значення теж має бути вашим. Кожна фігура у сновидінні — це частина вашої особистості. Отже, можна дізнатися, що вони роблять, і без допомоги міфологічних прототипів. Як ми можемо бути впевнені в тому, що образ вашого сну сидів за прялкою, бо ви бачили це насправді, а не через те, що йому так належить?

К.: Напевно, ви маєте рацію. Ніхто там у мене вві сні не пряв. Я це запам'ятав би.

Т.: Можливо, ви соромитеся розповісти про їх заняття? Виникає відчуття, що деякі моменти сновидіння кимось ретельно відредаговані.

К.: Ні, річ не в цьому. Та якщо вони — це я, то де тоді я сам? (Тут клієнт зробив спробу співвіднести який-небудь образ з Его, центром свідомості особистості. Після нетривалих роздумів він продовжував.) Дивно, але мене там справді немає. І я, здається, знаю чому. Це вони всі на мене там полюють... переслідують. Однак мені завжди вдається вислизнути — я прокидаюся.

Т.: А якби не вдалося?

К.: Тоді їх усіх не стало б. (Пауза). Ось воно в чому річ! Це не греки, це дике полювання¹. Я полюю на них, а вони — на мене. Тому вони не можуть зловити мене там, уві сні, а я їх — тут, на терапії.

У процесі подальшої роботи клієнт дозволив собі (своєму Его, відповідальному за самоідентичність і просторово-часову безперервність особи) стати спійманою здобиччю, унаслідок чого став краще розуміти деякі власні інтенції, що суперечать свідомій установці. Водночас йому вдалося пом'якшити в собі ту частину, яку можна було назвати Диким Мисливцем. Зменшилася напруга, пов'язана з необхідністю підтримувати образ невблаганної досконалості, який він вважав абсолютно необхідним на роботі (клієнт був керівником фірми) і частково в сім'ї — у стосунках із сином.

¹ Відомий у Північній Європі міфологічний сюжет: смерть у вигляді мисливця (або їх групи), війна як полювання демонічних істот.

Цей приклад ілюструє хілманівську вимогу не інтерпретувати образи, а взаємодіяти, «зближуватися» з ними. Юнгіанству не властива інтерпретація як редукція, пояснення значення образу і, відповідно, зведення його до чогось іншого, меншого, ніж він сам, як у психоаналізі. Навпаки, основним завданням тлумачення є збагачення асоціативних значень образів сновидіння шляхом включення їх у відповідний контекст.

Ще одну ефективну практику взаємодії з образами несвідомого Дж. Хілман описав у праці «Цілюща вигадка». На його думку, розповіді клієнтів про себе і своє життя можна розглядати як літературні твори (вони мають сюжет, образи, мовленнєві особливості тощо), а взаємини «аналітик — клієнт» — як відносини «автор — читач (редактор)» і працювати з розповіддю (дискурсом) клієнта за канонами літературознавства, заохочуючи при цьому його творчі здібності та уяву. Така форма роботи може не тільки бути високоефективною, а й надавати її учасникам естетичну насолоду, зміцнювати взаєморозуміння і позитивно впливати на трансферентні аспекти аналітичних відносин.

Ідея про цілющі властивості вигаданих історій не нова, і Дж. Хілман сам вказує, що запозичив її у класиків глибинної психології — З. Фрейда і К.-Г. Юнга, які мали літературні здібності (Фрейд навіть отримав літературну премію імені Гете). Хілман пропонує не стільки аналізувати продукти літературної творчості пацієнтів, скільки ампліфікувати (підсилювати, збагачувати змістом та фольклорно-міфологічними паралелями) образи або ситуації, які вони створюють. Продуктивною може бути також драматизація сюжетів, їх спільне закінчення, ілюстрування тощо.

Поширене нині віртуальне спілкування через мережу Інтернет з використанням фантастичних імен (нікнеймів) і образів автора (аватар, юзерпик), художніх фотографій, малюнків, анімації може бути прикладом такої активності (на жаль, зовсім не терапевтичної). Більший цілющий потенціал має т. зв. фанатська творчість (фенфіки), коли шанувальники певного автора (наприклад, В. Панова або В. Сорокіна) пишуть літературні твори, розвиваючи його сюжети і наслідуючи манеру письма.

В аналітичній роботі завжди корисно застосовувати літературні та міфологічні паралелі, фольклорні сюже-

ти і мотиви, особливо для тлумачення образів сновидінь. Слід лише переконатися в тому, що клієнт володіє відповідним контекстом. За потреби легенду, історію або поетичний епізод, що співвідноситься з терапевтичною ситуацією, можна розповісти в процесі терапевтичного аналізу — усе залежить від ерудиції терапевта і пріоритетів клієнта.

Психотерапевтичний потенціал юнгіанства та пост'юнгіанства невичерпний. Загалом серед інших психотерапевтичних напрямів аналітична психотерапія є найбільш універсальною. Вона ефективна для багатьох проблем та розладів, придатна для клієнтів з різним рівнем інтелектуальної рефлексії і може бути використана в індивідуальній та груповій формах, навіть для самоаналізу. Терапевтичні пріоритети юнгівської теорії спрямовані більше на особистісне зростання і духовний розвиток, ніж на власне допомогу та лікування.

Запитання. Завдання

1. Охарактеризуйте формування теоретичної системи аналітичної психології.
2. Розкрийте суть колективного несвідомого.
3. У чому полягає психологічний зміст архетипу? Опишіть відомі вам архетипи.
4. Розкрийте суть процесу індивідуації та його основні етапи.
5. Опишіть юнгівську модель психотерапевтичної допомоги.
6. Що об'єднує і чим різняться пост'юнгіанські напрями у психотерапії?
7. У чому полягає значення цілющої вигадки для психотерапії?

5.

Тілесно орієнтована психотерапія

Із середини ХХ ст. паралельно з розвитком вербальних і «дистантних» форм психотерапії активно розвивалися й інші стратегії, що використовують у роботі з клієнтом контактні прийоми і безпосередню взаємодію з його тілом. Тепер весь спектр такої психотерапевтичної та розвивальної техніки розглядають як тілесно орієнтовану психотерапію і тілесно орієнтовані психотехніки.

5.1. Теоретико-методологічні основи тілесної терапії

Парадигму тілесної терапії як психотерапевтичного методу розробили зарубіжні автори. — Ф.-М. Александер, Д. Боаделла, Ч. Брукс, А. Лоуен, В. Райх, І. Рольф, М. Фельденкрайз, А. Янов та ін. Активно розвивають її російські дослідники В. Баскаков, А. Єрмошин, В. Нікітін, М. Сандомірський.

Метод тілесної терапії має тривалу історію, значну популярність та солідні академічні засади. Вона спро-

моглася подолати свій «напівлегальний» статус у науковому психотерапевтичному співтоваристві і виробити чіткі теоретичні засади. У «Психотерапевтичній енциклопедії» за редакцією Б. Карвасарського її витлумачено як «напрямок психотерапії, що неоднозначно розуміється, метою якого є зміна психічного функціонування людини за допомогою орієнтованих на тіло методичних прийомів». Досі не вироблено чіткого розуміння особливостей дії і принципів застосування тілесно орієнтованої техніки, що призводить до розмивання меж цього напрямку і дає багатьом підстави стверджувати про його еклектичність, поєднання в ньому різноманітних прийомів — від оздоровчих до трансперсональних, пов'язаних радше з духовним пошуком, ніж із психотерапією в її традиційному розумінні.

Попри еклектичність підходу центральною методологічною посилкою тілесно орієнтованого напрямку є принципова пов'язаність соматичного і психічного — *психосоматична комплементарність*. Основна ідея його полягає в утвердженні невіддільності та конгруентності (узгодженості) тіла і свідомості, переконаності в тому, що тіло у своїй структурі і функціях доповнює психічну природу та опосередковує прояви особистості.

Для повнішого розуміння тілесно орієнтованих методів психотерапії необхідно проаналізувати уявлення щодо онтологічної природи, співвідношення в ній душевного і тілесного.

Природа тілесності людини та основні тілесні проблеми

Фундаментальні передумови тілесно орієнтованих методів стосуються не лише психотерапевтичної методології, а й загальнофілософських проблем співвідношення «душевного» і «тілесного» в людині, а також ідентифікації феномену тілесності, який визначає специфіку організації та здійснення тілесно орієнтованої психотерапевтичної практики.

Тілесність є специфічним модусом (способом) існування людини. Пов'язані з нею питання стосуються не стільки фізичних аспектів життя, скільки особливостей функціонування свідомості. Як стверджує британський

філософ Стівен Пріст, проблема свідомості і тіла є проблемою визначення правильного співвідношення між ними. Очевидно, що суттю свідомості є ментальне, а суттю тіла — фізичне; вони відповідно мають певні опозиційні характеристики:

Ментальне	Фізичне
темпоральне	просторово-часове
особисте	загальнодоступне
некориговане	кориговане
внутрішнє	зовнішнє
єдине	множинне
вільне	детерміноване
активне	пасивне
Я	інше
духовне	плотське
неподільне	дискретне
непротяжне	протяжне
безформне	має форму
невидиме	видиме
інтенціональне	неінтенціональне
суб'єктивне	об'єктивне

Ця класифікація не вичерпна і не безперечна. Вона доречна, якщо припустити незалежність фізичних і ментальних явищ. Щодо тілесного аспекту таке розмежування неможливе. У розумінні сучасної філософської антропології та психології тілесне виникає на перетині ментального і фізичного. Їх дихотомічні характеристики є певними полюсами, проте знайти реальну грань, на якій «безформне» переходить в «оформлене» або навпаки, неможливо. Та саме в цій лімінальній (пороговій) зоні формується те, що визначають як «тілесне» в онтології людини. При цьому слід мати на увазі, що поза свідомістю тілесного не існує. Позбавлене свідомості, воно редукується до об'єктних характеристик тіла. Водночас тілесність не можна зводити тільки до феноменів свідомості або фізичного тіла.

Феноменологія тіла, пов'язана з його відносною доступністю для вивчення, «видимістю», зовнішньою об'єктивністю, неоднозначністю тілесних переживань, їх суб'єктивністю і безліччю трактувань тілесної природи, зумовила появу в історії культури різних, найчастіше полярних, позицій. Неоднозначно оцінюють тілес-

ність людини і у сфері психотерапевтичних практик, відводячи тілу й тілесній динаміці переважно другорядну роль.

Тілесність людини — цілісний комплекс специфічних антропологічних феноменів, що полягають у соматичному опосередкуванні психічної реальності людини.

Структурно-функціональна сукупність тілесних якостей, сформованих біологічними, психологічними, соціальними, культурними і духовними складовими людини, забезпечує її здатність співвідносити світ внутрішніх (суб'єктних) феноменів із феноменами зовнішнього (об'єктного) середовища. Щодо психічної реальності тілесність визначає інтенсивність, модальність і форму зовнішнього прояву суб'єкта.

На підставі аналізу звернень за психологічною допомогою, а також художньої і філософської літератури можна дійти висновку, що основною тілесною проблемою людини в сучасній західній культурі є втрата відчуття реальності і контакту зі світом, у якому вона живе. Людина все більше стикається із симуляцією реальності і феноменами підробки, копіями, що приножують позбавлену чуттєвості та значення об'єктність світу. Ця втрата проектується на її тіло як позбавлення екзистенційних опор, відчуття «заземленості», вкоріненості в реальності своїх переживань, емоцій, думок, стосунків тощо. Така ситуація безпосередньо зачіпає життя тіла і посилює його об'єктні характеристики, позбавляючи суб'єктності. Саме тіло певною мірою стає пасивним об'єктом, щодо якого можливі різноманітні маніпуляції та дії, які воно сприймає, але на які не в змозі відреагувати через втрату відчуття достовірності і критеріїв природності переживань. Проте повноцінним об'єктом (предметом) тіло стає тільки після смерті. Отже, феномени сучасної масової культури, позбавляючи людське тіло чуттєвості, позбавляють його і життєвого потенціалу.

Аналізуючи «проблемну анатомію» тіла, російський вчений Володимир Баскаков веде мову про наявність чотирьох базових проблем, що відображають порушення балансу процесів, які відбуваються в тілі і психіці людини:

1) проблема контролю/надконтролю — локалізується «в голові» й актуалізується за потреби «зняття»

такого контролю, що стає важким у ситуації його непомірності;

2) проблема контактності — зосереджена в руках і грудній клітці (дихання), пов'язана з недоліками налагодження контактів і вираження власних почуттів;

3) проблема сексуальності — локалізується в ділянці таза і живота, пов'язана з вивільненням сильних почуттів, зокрема сексуально забарвлених, а також еротичністю і сексуальною поведінкою;

4) проблема опори — зосереджена в ногах і пов'язана з недостатнім відчуттям реальності та бажанням підтримки, власної (автономність) і з боку інших людей.

Ці проблеми можуть мати різноманітний психологічний зміст і спричинюють багато труднощів, особливо психосоматичного характеру. Тілесно орієнтована терапія має значний цілющий потенціал і може бути використана як екзистенційна форма психологічної допомоги. Одноставним є переконання щодо підвищення якості життя у тих, хто практикує будь-яку форму тілесної терапії, дотримуючись її приписів і правил.

Вегетоаналітична терапія характеру

Засновником орієнтованої на тілесну динаміку психотерапії вважають німецького аналітика Вільгельма Райха (1897—1957), учня і послідовника З. Фрейда. Він одним із перших почав активно застосовувати в лікувальному процесі аналіз тілесності (психосоматичних симптомів) своїх пацієнтів. Його роботи та ідеї вплинули на більшість шкіл тілесно орієнтованої психотерапії.

В. Райх відіграв провідну роль у становленні психоаналітичного руху. Він був клінічним асистентом З. Фрейда, а також керівником Технічного семінару з навчання психоаналітиків. У різний час під його впливом перебувало багато діячів гуманістичного психоаналізу: К. Хорні, Е. Фромм, Г. Маркузе, А. Фройд, Т. Адорно, Е. Еріксон та ін.

Однак із 1927 р. між ним і Фрейдом почали збільшуватись теоретичні розбіжності, що спричинило виключення Райха з Віденської психоаналітичної спільноти і розрив відносин з європейським психоаналітичним співтовариством. Та це не завадило йому продовжувати

свої новаторські дослідження і розвивати ідеї щодо тілесної та психосексуальної динаміки людини.

Центральне місце в райхіанському підході, що одержав назву «вегетоаналітична терапія характеру», відведено психосексуальним процесам, для оцінювання яких використовують модель *сексуальної економіки* — психосексуальної динаміки, що полягає в процесах накопичення і розрядження лібідо (надалі поняття «лібідо» Райх замінив на поняття «оргон», або «оргонна енергія», що має вегетативну природу). Концепція сексуальної економіки вкладається в загальну систему уявлень Райха про людину, яку він розглядав у сукупності енергетичних процесів у її тілі, а невротичну динаміку особистості описував через систему характерологічних і тілесних процесів, що мають захисний і компенсаторний характер.

За В. Райхом, характерологічні захисти (у певний спосіб організована структура характеру) з функціонального погляду ідентичні специфічним м'язовим реакціям, які з часом складаються в структуру м'язового панцира.

М'язовий панцир — система м'язових блоків, що перешкоджають природному експресивному вираженню потреб, прагнень і почуттів людини.

Деякі структурно-функціональні особливості тілесної динаміки (м'язові блоки, зажими) безпосередньо пов'язані з функціональними особливостями невротичної структури характеру. Основна функція елементів невротичного характеру — захист індивіда від травматичних зовнішніх і внутрішніх переживань. М'язовий панцир підкріплює і посилює характерологічні захисти, стабілізує (у м'язових фіксаціях) енергетичний потенціал, який потребує розрядження, що неможливо для індивіда через певні суб'єктивні, невротичні за природою причини. Коли спрямований на середовище та об'єкти психоенергетичний потенціал прагнень не реалізується в зовнішніх діях (сексуальних, агресивних, самостверджувальних), він повертається до суб'єкта, і, якщо енергії не зв'язати і не компенсувати, вона розщеплює особистість і руйнує Я. Зв'язати і компенсувати цей потенціал можна за допомогою м'язових блоkad, несвідомо поставлених суб'єктом на перепоні енергетичних потоків.

М'язові блокади є ділянками підвищеного м'язового тону (м'язові зажими), де зосереджується потенціал психовегетативної енергії, асоційованої насамперед із сексуальною динамікою людини. Тілесна терапія безпосередньо працює з такими зонами тіла, вивільняючи заблокований потенціал, полегшуючи завдяки цьому психологічні проблеми людини.

Виражені за допомогою м'язових структур характерологічні захисти можуть бути ідентифіковані в міру їх проявів, пов'язаних із різними тілесними експресіями і вегетативними реакціями (поза, міміка, рухи очей, тактильна комунікація, жести, манера триматися, екстралінгвістичні характеристики мови та ін.). Специфіка цих реакцій свідчить про наявність гіпертонусу в окремих м'язових групах і втрату цілісності тілесних імпульсів. Надалі послідовники В. Райха акцентували на значущості для оцінювання порушень тілесного функціонування клієнта не тільки хронічного гіпертонусу окремих м'язів (надмірного контролю над імпульсами), а і їх гіпотонусу, що свідчить про недостатність переміщення психовегетативної енергії.

М'язовий панцир має сегментарну структуру, в якій В. Райх виокремив сім рівнів:

1. Окулярний сегмент: очі, мімічні м'язи навколо очей, м'язи лоба. На цьому рівні відбувається блокування контактних реакцій очей, фіксування стресових реакцій, що проявляється в реакціях «порожнього погляду», млявих очей, нерухомого напруженого лоба. Наслідком такого блокування експресивних реакцій є жорсткість і спустошеність погляду, невиразність очей і міміки у верхній третині обличчя, головний біль, погіршення зору, яке можна пов'язати з несвідомим бажанням «не бачити» проблем.

2. Оральний сегмент: нижня щелепа, м'язи рота, язик, потилична мускулатура. Цей рівень пов'язаний із пригніченням емоцій плачу та гніву криком, гримасами, регресивними оральними реакціями (смоктанням, кусанням), що супроводжують емоційні реакції та додають плотський тон вербальним контактам і виразність словесної експресії. М'язові блоки виявляються у спазматичних (судомних) реакціях у ділянці рота, різноманітних тиках, напруженості міміки. Обличчя при цьому подібне до маски або спотворене гримасами.

3. Шийний сегмент: підшкірні і глибокі м'язи шиї. Тут блокуються орієнтовні реакції, супроводжувані поворотами голови, реакції плачу, крику, вербальної агресії, печалі. Проявами блокування є відчуття «клубка в горлі», спазматичні та больові симптоми в шийній мускулатурі, дегенеративні процеси в шийно-грудному відділі хребта.

4. Грудний сегмент: грудна клітка і руки. У цій частині відбувається блокування сильних негативних (крик, плач, агресія) і позитивних (сміх, пристрасність) емоцій; на рівні рук і плечових суглобів (їх іноді розглядають як окремі структурні одиниці) блокується самостверджувальна активність і здатність до досягнення цілей (виявляється в обмеженні мануальної активності, сили рук і спроможності дотягтися до об'єкта). Основний психологічний зміст блокування на цьому рівні — прояв самоконтролю (надлишкової влади над афективними реакціями), стриманості та безконтактності. Існує думка, що воно призводить до утруднень у диханні, порушення моторики рук, викривлення постави у грудному відділі хребта.

5. Діафрагмальний сегмент: діафрагмальний м'яз, сонячне сплетіння та органи черевної порожнини. На цьому рівні блокуються імпульси, що надходять із нижніх відділів тіла (ділянка таза) до верхніх, а також тривога, страхи, відчуття образи. Цей рівень пов'язаний із розщеплюванням тіла на верхні («раціональні») частини і нижні («ірраціональні»), що спричинює зменшення цілісності. Блокування призводить також до порушень роботи шлунково-кишкового тракту.

6. Черевний сегмент: м'язи передньої черевної стінки і спини. Пов'язаний із придушенням почуттів страху та агресії. Посилення цього сегменту спричинює труднощі реалізації вітальних функцій, зниження життєвої активності і відчуття загального дискомфорту; на рівні черевного сегменту пригнічуються (або контролюються) спонтанні імпульси.

7. Тазовий сегмент: м'язи таза і ніг (ноги також можна розглядати як самостійну структурну одиницю). На цьому рівні відбувається блокування сексуальних імпульсів, контроль тривоги (у т. ч. і генітальної), стримання фрустрованої агресивності і прагнення домінувати.

Сегменти м'язового панцира охоплюють розміщені (перпендикулярно до центральної осі тіла) на цьому рівні внутрішні органи, м'язи і тканини. Формування м'язового панцира призводить до *анестезії тіла* — бездушного, нечутливого ставлення до зовнішнього світу і власних бажань.

Терапевтична робота з м'язовим панциром ґрунтується на ідеї, що його необхідно пом'якшити, звільнити від нього тіло і, відповідно, особистість від проблем. Основними засобами впливу є масаж проблемних зон, а також спеціальні фізичні вправи для окремих органів чи груп м'язів. Терапевт-тренер має бути готовим до того, що руйнування м'язового панцира часто супроводжується спонтанним вивільненням заблокованих емоцій — криком, сльозами, реготом тощо.

Біосинтез Д. Боаделли

Подальшого розвитку концепція м'язового панцира набула в розробленому британським психотерапевтом Девідом Боаделлою (нар. 1931) тілесно орієнтованому напрямі — біосинтезі, основні положення якого опираються на уявлення ембріології і райхіанської психотерапії.

У дослівному перекладі біосинтез означає «інтеграція життя» і пов'язаний з відновленням у тілі природних процесів саморегуляції, що забезпечують органічне зростання, особистісний розвиток і духовне становлення людини. Принцип взаємозв'язку соматичних властивостей, психоемоційного досвіду та екзистенційної природи людини, на якому ґрунтується метод біосинтезу, передбачає інтеграцію трьох «енергетичних потоків», які диференціюються в перший тиждень життя ембріона й визначають соматичні функції, емоційну динаміку і функціонування свідомості. Фізично це виявляється в координації структури подиху, м'язового тону і емоційного вираження із процесом інтегрального усвідомлення власних реакцій. Перешкодою до такого усвідомлення й основою розвитку невротичної симптоматики є різні форми м'язового панцира, які Д. Боаделла поділяє на такі види:

1. Тканинний (м'язовий) панцир — асоційований з моторною активністю і охоплює кістково-м'язову та

судинну системи, що відповідно проявляється в їх реакціях на психотравматичний досвід. Реакції на цьому рівні можуть мати гіпотонічний (слабкість, порушення накопичення і витрати енергії) або гіпертонічний (напруженість, підвищена енергетична зарядженість) характер.

2. Вісцелярний панцир, пов'язаний із почуттями людини. Виявляється в порушеннях дихальної активності (гіпо- або гіпервентиляція) і роботи органів травлення (спастичні реакції або атонії).

3. Церебральний панцир, асоційований із ментальною активністю. Призводить до порушень роботи мозку, різних розладів взаємодії кори, підкірки і вегетативної нервової системи та ін. Найважчим виразом церебрального панцира є тенденція до шизоїдних реакцій.

Наслідком розвитку цих структур може бути роз'єднаність (неконгруентність) між діями, думками і почуттями, що фіксуються:

— між головою і хребтом, тобто між думками і діями, локалізуючись у задній частині шиї. Це перший блок, якого дитина набуває у пренатальному періоді, під час народження, у перші тижні життя;

— між головою і тулубом, тобто між думками та емоціями, локалізуючись у шиї і плечах. Блок відповідає за «спазмування» і придушення оральних проблем;

— між хребтом і внутрішніми органами, тобто між почуттями, диханням і діями, локалізуючись у ділянці діафрагми. Це більш пізній блок, відповідальний за анальне та генітальне пригнічення.

Д. Боаделла зауважує, що порушення тілесної динаміки зачіпають різні рівні організації особистості:

1) маску, яка утворюється на поверхневому рівні і пов'язана з м'язовим панциром та особливостями, що сформувалися в дитинстві для захисту від загроз цілісності Я (це можна визначити як *помилкове Я*, яке захищає *істинне Я*, чії потреби були фрустровані в ранньому віці або ще до народження);

2) шар хворобливих, фрустрованих почуттів — гнів, туга, тривога, відчай, страх, образа, почуття самотності. Міститься на глибшому, ніж маска, рівні;

3) основний базовий рівень (ядро особистості), де зосереджені почуття базисної довіри, благополуччя, радості і любові. Розташований найглибше.

Домогтися розслаблення спазмованих м'язів, «розпускання» м'язового панцира і зняття «афективних блоkad» можна шляхом безпосередньої дії на тіло клієнта і опрацювання його дихального патерну (моделі), тобто здійснюючи терапевтичне керування респіраторним циклом.

Спрямованість тілесно орієнтованих підходів на дослідження й аналіз морфофункціональної симптоматики тіла свідчить про те, що такі симптоми можна розглядати як генералізований знак, який відображає психологічну дисгармонію особистості. Деструктивні феномени у сфері тілесності набувають терапевтичної значущості як «мішені» аналізу залежно від своєї повторюваності і постійності.

М'язовий панцир є ознакою психологічної дисфункції особистості, основні прояви якої — відчуття психологічної «безконтактності» та ізольованість суб'єкта. М'язові блоки є маркерами минулих психічних травм. Підвищення м'язового тону в напрямі ригідності, як правило, вказує на блокування тривожних або агресивних афектів.

5.2. Методи тілесно орієнтованої психотерапії

Тілесно орієнтовані психотехніки разом із багатьма іншими методами психотерапії та психологічного розвитку людини приваблюють своєю екзотичністю порівняно зі звичайною вербальною технікою. Проте попит на тілесні практики мало задоволений через брак кваліфікованих терапевтів, які добре володіють власною тілесною активністю, здатні ефективно регулювати функціонально-рухові прояви відповідно до цілей і завдань. До того ж не всі терапевти мають специфічні прикладні навички, необхідні для коректного здійснення прийомів і реалізації базових принципів тілесно орієнтованої психотерапії. Адже специфіка цього методу полягає в тому, що просто говорити і щось пояснювати клієнтові недостатньо — потрібно рухатись, торкатися тіла.

Сутність і мета тілесних психотехнік

Основна цінність тілесно орієнтованих технік зумовлена їх наочністю та об'єктивністю. Тіло — те, що можна відчувати, до чого можна торкнутися і притиснутися, воно відразу дає зрозуміти — добре йому чи погано. Тіло може зіщулитись, стати жорстким і напруженим, може розслабитися, стати м'яким і пластичним. Воно ніколи не обманює людину у своїх реакціях.

Крім наочності, цінність тілесних методів полягає в їх значній результативності стосовно потенційно змінюваної патогенної динаміки особистості. Адже хоч яким ефективним є метод, якщо людина не хоче або не може змінитися, їй навряд чи хтось зможе допомогти. Така результативність зумовлена тим, що зміни завжди наочні, і людина може сприймати їх через спостереження та оцінювання своїх відчуттів, почуттів і переживань. Можуть змінюватися мімічні реакції, постава, інтонація і тембр голосу, специфіка моторної активності, трансформуватися або зникати невротичні стереотипи поведінки, підвищуватися рівень спонтанності, внаслідок чого людина краще розуміє допустимі межі своєї активності.

Тілесні психотехніки об'єднують великий спектр різноманітних підходів, напрямів і прийомів; існують різні трактування тілесних феноменів і способи їх опису залежно від теоретичних передумов і особистих уподобань. Проте центральним об'єктом терапевтичних зусиль є тіло людини, її тілесність — у всьому розмаїтті феноменологічних проявів і суб'єктивних значень.

Як вид психотерапевтичної практики тілесно орієнтована терапія спрямована на подолання внутрішніх психосоматичних бар'єрів і невротичних соматизованих симптомів з метою досягнення більшої природності, гармонійності й адекватності у вираженні усвідомлених і несвідомих прагнень та почуттів. Вона сприяє розвитку в людини здатності до безконфліктного здійснення цільових установок і суб'єктивних значень, які не блокуються функціональними обмеженнями з боку соматичних структур, потенційно здатних забезпечити можливість їх реалізації.

Метою тілесної психотерапії є пошук глибинних закономірностей і взаємозв'язків між психікою і тілом

людини. При цьому на практиці однакову увагу приділяють як тілесному, так і психічному. Переважний акцент на одному з компонентів позбавляє тілесний підхід його унікального методологічного статусу і або наближає до традиційних «розмовних» методів психотерапії, або редукує до не менш різноманітної групи оздоровчих (мануальних) методів. Отже, тілесна психотерапія заради збереження свого психотерапевтичного статусу має зосереджуватися на психічній динаміці клієнта і діяти при цьому специфічними тілесними методами, аналізувати його тілесний досвід і соматичні процеси, намагатися зрозуміти їх і допомогти йому наблизитися до розуміння їх значення і сенсу. У цьому полягають істотні труднощі, подолання яких засвідчує ступінь професіоналізму і майстерності тілесно орієнтованого терапевта, адже йому доводиться аналізувати і говорити про те, що взагалі важко висловити вербально, тобто про тілесні процеси і соматичні (інтроцептивні) відчуття. Для опису складових тілесного досвіду застосовують термін «тілесне відчуття».

Тілесне відчуття виражає несвідомий модус психічного і є щодо свідомості об'єктом постійної та інтенсивної інтерпретації, що формує лабільні уявлення про власну тілесну природу, соматичну функціональність і допустимі межі здійснення тілесних процесів.

Поняття «тілесне відчуття» запропонував американський терапевт Юджин Джендлін для опису тілесної феноменології суб'єкта, усього того, що відчуває людина в певний момент у своєму тілі і за допомогою тіла, навіть неясно і сублімовано. Тілесне відчуття — це тонке, мінливе і туманне відчуття в тілі, яке виникає, коли людина думає про себе; це певний соматичний резонанс або «внутрішня аура» стану. Воно невизначене, його важко вербалізувати чи уявити в абстрактних образах і тілесних метафорах; найпростіше воно співвідноситься зі станом загального комфорту або дискомфорту, будучи модально неоформленою частиною несвідомого.

Формування орієнтованих на тілесну динаміку методів психотерапії зумовлене також тим, що тіло людини є унікальним феноменом, існуючим як безперервність і нескінченність суб'єктивних можливостей самопізнання і трансформації. Тому тілесно орієнтовані методи психотерапії привертають до себе особливу увагу фахівців.

Класифікація тілесно орієнтованих методів

У більшості методів тілесно орієнтованої психотерапії домінує розвивальний аспект використовуваних прийомів — розвиток тілесного потенціалу особи, функціональних ресурсів організму та усвідомлення психосоматичних процесів. Тілесний розвиток особистості забезпечується моделюванням різних функціональних процесів. Такі процеси можливі в міру зниження проявів патернів (моделей) захисної, дезадаптивної або явно патогенної поведінки.

За спрямованістю роботи підходи тілесної психотерапії об'єднують у такі групи:

1. Аналітичні напрями, орієнтовані на використання в практичних цілях, крім роботи з тілом, аналізу неусвідомлених (витіснених) компонентів тілесного і соціального досвіду: вегетоаналітична терапія характеру (В. Райх), біоенергетичний аналіз (А. Лоуен), біосинтез (Д. Боаделла), психосоматична терапія (Г. Аммона), хакомі-терапія (Р. Курц).

2. Структурно-функціональні напрями, переважно зосереджені на активній роботі з тілом та інтеграції одержуваного в її процесі нового тілесного досвіду: вегетотерапія (О. Ракнес), техніка Ф. Александера, структурна інтеграція (І. Рольф), сенсорне усвідомлення (Ш. Сельвер, Ч. Брукс), функціональна інтеграція (М. Фельденкрайз), біодинаміка (Г. Бойсен).

3. Культурологічний напрям, що, крім тілесних компонентів, зважає також на етико-естетичні, культуральні та екзистенційні особливості особистості: пластико-когнітивний підхід (В. Нікітін), танатотерапія (В. Баскаков), а також підходи, що ґрунтуються на театральній і танцювально-руховій техніці.

4. Духовно-тілесні напрями, які використовують у практичній роботі нетрадиційні для західної культури технології тілесного розвитку: підходи на основі адаптації індійських, тибетських і китайських психофізичних систем (хатха-йога, янтра-йога, ці-гун, у-шу), технології етнічних (переважно шаманських) практик, акупунктура і акупресура, тілесні практики духовних традицій (чань-буддизм, буддизм Тибету, бон-по, суфізм, ісихазм тощо).

Ця класифікація не вичерпує всього розмаїття підходів, багато з яких важко співвіднести лише з одним напрямом.

Мішенями психотерапевтичної дії є прояви, що порушують природну динаміку і гармонію тілесного функціонування в процесі досягнення суб'єктом поставлених цілей і завдань на певному етапі життя. Крім цього, тілесна психотерапія спрямована на стимуляцію механізмів автокорекції суб'єктивних станів, усвідомленого пошуку компенсаторних ефектів щодо психосоматичного дисбалансу.

Серед методів тілесної психотерапії виокремлюють такі основні види технік:

1) когнітивно-аналітичні техніки. Орієнтовані на аналітичне дослідження джерел і психосоматичних наслідків психотравматичних переживань та усвідомлення особливостей актуальних тілесних процесів, потребують аналізу ранніх дитячих травм та їх фіксації в соматичних структурах;

2) дихальні техніки. Спрямовані на зняття напруги з респіраторних м'язів (діафрагма, міжреберні м'язи та ін.), пропонують аналіз дихального патерну, контроль респіраторного циклу, а також підвищення або «релаксування» енергетики тіла за допомогою посилення (гіпервентиляції) або гальмування (гіповентиляції) дихальної активності;

3) техніки релаксації. Пов'язані з автокорекцією психосоматичної напруги і орієнтуються на досягнення аутогенного трансу (релаксація) через зниження м'язового тону;

4) постізометрична і масажні техніки. Використовують додаткові зовнішні гетеро- або аутотактильні дії, спрямовані на активізацію оновлювальних і коригувальних процесів в організмі; формально прийоми пов'язані з розминкою, розтяганням, тонічною напругою і розслабленням, відповідно, м'язів, зв'язок, сухожиль, суглобів, шкірних покривів і тканин органів черевної порожнини;

5) театральні техніки. Спрямовані на досягнення психоемоційної свободи, відреагування і подолання внутрішніх переживань та комплексів у театральній дії (драматичні етюди, психодраматичні постановки); також підтримують освоєння нового досвіду тілесної

активності через творче самовираження в постановочній дії;

6) експресивні техніки. Пов'язані зі спонтанною руховою активністю, руховим і мовним посиленням станів, що допомагають катарсичному відреагуванню емоційних комплексів і пригнічених афективних станів;

7) танцювально-рухові техніки. Спрямовані на формування навичок спонтанності і вільного самовираження, здатності до диференціації елементів тілесного сприйняття; забезпечують можливість емоційного самовираження, подолання рухових стереотипів за допомогою танцювальних па, рухів та дій (класичних, сучасних, спонтанних або трансових);

8) тактильно-комунікативні техніки. Пов'язані з використанням тактильної комунікації; дотики здійснює терапевт до тіла клієнта, якщо це терапевтично виправдано, доцільно, етично і коректно, або в груповій роботі — учасники один до одного. Ці прийоми спрямовані на подолання внутрішніх комунікативних бар'єрів у досягненні особистої відвертості, розвиток тілесної сенситивності і поглиблення розуміння іншої людини;

9) рухові (локомоторні) техніки. Передбачають переміщення людини у просторі і водному середовищі у відповідних напрямках тілесної терапії, різні модифікації рухової активності, спрямованої на «занурення» людини в рух та усвідомлення структури і спрямованості. Діапазон інтенсивності — від гранично повільних до максимально швидких (за умови збереження усвідомлення в момент виконання), форма рухів будь-яка з актуально доступних для людини — від простих, лінійних і одиничних до складних, пластичних і різноспрямованих;

10) альтернативні техніки. Орієнтовані на досягнення пластичності поведінки людини в соціальному контексті, формування гармонійності та врівноваженості психологічного стану за допомогою специфічних психофізичних технік, розроблених у різних етнокультурах (індійській, тибетській, китайській, африканській, латиноамериканській). Найчастіше в контексті тілесної психотерапії застосовують рухові (асани) і дихальні (пранаями) прийоми хатха-йоги, а також рухові і дихальні прийоми китайської пластичної гімнастики тайцзі-цюань.

Терапевтичне керування респіраторним циклом є одним із центральних прийомів тілесно орієнтованої психотерапії, який активно використовують поряд із біосинтезом у більшості інших орієнтованих на тіло підходів. Воно ефективне для зняття в клієнта психоемоційної чи м'язової напруги, збудженості і для досягнення певного трансового ефекту з метою реалізації, наприклад, імагінативних технік або глибшого фокусування на соматичних відчуттях, спричинених м'язовими блокадами.

Керування респіраторним циклом починається з того, що клієнтові пропонують розташуватися зручно, відкинувшись на спинку крісла, і послідовно розслабити м'язи спини, плечей, рук, ніг, обличчя. Фонове розслаблення є важливим підготовчим етапом, що надалі забезпечує пильну увагу клієнта до свого дихання і виключає відволікання на відчуття м'язових гіпертонусів у різних ділянках тіла (які, у свою чергу, можуть бути пов'язані з почуттям тривоги або необхідністю компульсивного надконтролю за своїм тілом).

Після досягнення фонового розслаблення можна переходити до роботи з диханням, що припускає фокусування уваги клієнта на фазах дихального циклу. Йому пропонується, не напружуючись, простежити за своїм вдихом, за тим, як повітря повільно втягується в легені, рівномірно наповнює їх і виникає відчуття внутрішнього розширення. Увага концентрується на цьому відчутті. Наприкінці вдиху відбувається коротка природна пауза, після якої починається плавний видих. Видихати потрібно не поспішаючи, розтягуючи повітря. Після видиху також може виникнути природна коротка пауза, за якою знову відбувається перехід до фази вдиху. З кожним вдихом і видихом дихання ставатиме дедалі тихішим, глибшим і рівномірнішим. Тривалість дихального циклу збільшиться.

Подібну, можливо в розширеному й деталізованому варіанті, своєрідну «гіпнотичну пісню» терапевт проговорює, формуючи й утримуючи фокус уваги клієнта на власному диханні. «Занурення» людини у своє дихання дає більш стійкий і генералізований релаксувальний ефект, ніж спроба розслабитися зусиллям волі. Досягнення подовженості дихання є важливою діагностичною ознакою того стану, у якому перебуває клієнт.

Таку дихальну процедуру можна здійснювати і самотійно, однак доцільніше її проводити в контексті

інших прийомів, поступово підключаючи до подиху процес *імагінації* — формування перед внутрішнім зором клієнта почуттєво або візуально сприйманих асоціативних образів, що мають як діагностичне, так і катарсичне значення, яке забезпечує процес самовідновлення внутрішнього порядку душі.

Отже, саме дихання здатне забезпечити або відновити в разі порушення зв'язок між органічною природою тіла і психічним рівнем рефлексії процесів, детермінованих тілесною природою людини.

Більшість названих технік є специфічними для тілесно орієнтованої терапії. Однак деякі з них можуть бути використані в межах інших лікувальних стратегій. Це пов'язано із загальною тенденцією в сучасній психотерапевтичній практиці до інтеграції різних підходів і методів, наприклад у психоаналітичній терапії, коли порушується проблема соматизації симптому і виникає необхідність розгляду питань тілесності. Це стосується і гештальттерапії, когнітивно-поведінкової та екзистенціальної терапії. Зокрема, широко використовуються в різних напрямках психотерапії когнітивно-аналітичні тілесні техніки, спрямовані на виявлення подій, відносин, а також психічних механізмів, що спричинили перехід переживань на соматичний рівень; дихальні і релаксаційні техніки. Їх застосування зумовлене потребою зняти ситуативну або стійку психоемоційну напругу чи створити гіпнотичне тло для терапевтичних інтервенцій. Тактильно-комунікативні прийоми часто використовують у гуманістично орієнтованих та екзистенціальних підходах, щоб за допомогою дотику налагодити більш довірчі, значущі й відкриті відносини.

Освоєння фахівцем навичок роботи з тілесністю клієнта може значно підсилити його терапевтичну продуктивність, оскільки, як правило, саме тілесність людини виявляється тим перехрестям, де перетинаються лінії напруги симптомів, патологічних відносин і пережитих травматичних ситуацій.

Природа тілесного контакту і етика дотиків

Тілесно орієнтована терапія має істотні відмінності від «розмовних» форм психотерапії, що накладає особливі етичні зобов'язання на дії і відносини терапевта.

Оскільки здебільшого тілесна психотерапія передбачає безпосередній фізичний контакт із тілом клієнта, постає питання про збереження психологічних меж і динаміку трансферентних процесів. Це пов'язано з тим, що контактна взаємодія здатна провокувати і посилювати реакції переносу і контрпереносу, додаючи до них виражений еротичний контекст. Тому терапевт повинен уміти чітко визначати межі контакту і виключати із взаємодії елементи сексуалізації, що вимагає попереднього опрацювання власної тілесності з позицій функціонування і сублімації сексуальності.

Тілесну психотерапію в деяких контекстах можна розглядати як своєрідну практику пробудження — чуттєвості, довіри, усвідомлення. Вона дає відчуття зануреності в життя, повноцінне переживання контакту з розмаїттям проявів навколишнього світу, що виникають унаслідок усвідомленого «включення» в цей процес тілесних відчуттів.

Одним із способів взаємодії зі світом і пробудження чуттєвості (сензитивності) до світу та інших людей є дотик. Найчастіше контактні способи взаємодії в повсякденному житті репресують і піддають ритуалізації, що пов'язано зі значною силою впливу і значущістю тілесного контакту. Рівень значущості завжди пропорційний тому змісту, який людина вкладає в дотик: або байдужість, холодність, формальність і стереотипність, або вираження справжніх почуттів і переживань.

Дотики, що виявляють ставлення і почуття людини, формують певний спектр емоційних переживань, які не можна ігнорувати. Ці переживання завжди досягають свідомості і трансформують фоновий стан, модулюючи сплески та прояви латентних (прихованих або витіснених) переживань і стосунків. Людина може бути готовою до них, і тоді вона адекватніше, відкритіше приймає нове переживання. Якщо вона суб'єктивно не готова до цього, то змушена пригнічувати почуття, які сповнюють її в момент контакту. Залежно від домінуючої сукупності ставлень, яка визначає зміст та інтенсивність реакцій на суб'єктивно значущі обставини і події, актуальні у момент контакту відчуття людина сприймає як припустимі і комфортні або забарвлює в негативні тони і сприймає як дискомфортні й такі, що потребують контролю. У кожному разі джерелом певних станів

с *значущий дотик*, який людина не може ігнорувати, оскільки фізичний контакт виражає архетипічну необхідність. Тому збереження й уточнення психологічних меж, яке ґрунтується на відчутті безпеки, довірі, підтримуванні дистанції, має велике значення для позитивної динаміки терапевтичних відносин у тілесній психотерапії.

Водночас тілесна терапія ставить певні вимоги і до готовності клієнта до нетипових для нього форм активності і взаємодії. У деяких тілесних напрямках клієнт має зняти одяг і оголитися, що автоматично актуалізує відчуття незахищеності і вразливості. Однак навіть тоді, коли клієнт перебуває в комфортному для нього одязі, характер візуального контакту, дотиків і пропонуваного йому сповнених терапевтичного значення дій психологічно оголює особистість. Спроба втекти від таких переживань, сховатися за соматичними (м'язовими) комплексами часто пов'язана з відчуттям страху і несвідомого неприйняття власної тілесності.

Професійні навички тілесно орієнтованого психотерапевта

Основним чинником, що визначає успішність терапевтичної практики в контексті тілесної динаміки, є довіра до професійної компетентності та особи терапевта. З іншого боку, терапевт має володіти достатнім рівнем професійної підготовленості, щоб не провокувати власними мимовільними соматичними реакціями несвідомі резонансні відгуки з боку клієнта, який закономірно реагує на стан терапевта, відчуваючи міру його власної психосоматичної відповідності.

Професійна підготовленість тілесно орієнтованого терапевта вимагає від нього розвитку таких специфічних якостей і здатностей:

- здатність до резонансного контакту з реакціями клієнта, що передбачає синхронізацію їхніх психосоматичних станів;
- наявність широкого репертуару доступних форм рухової експресії і розвиненість пластичних навичок;
- уміння відчувати і вербалізувати тілесні переживання клієнта, добирати для них адекватні метафоричні визначення;

— тілесна конгруентність і когнітивне підґрунтя тілесних дій — гармонійна єдність внутрішнього змісту і зовнішньої техніки, цілісність сприйняття тіла і адекватність тілесної експресії вимогам актуальної ситуації;

— широкий спектр доступних емоційних станів, емоційна експресивність, достовірність станів, що переживаються, і здатність до їх імітації;

— спрямованість на творчий пошук нових прийомів тілесної взаємодії в межах терапевтичної комунікації.

Якість психотерапевтичних взаємин у тілесній терапії визначає т. зв. *вегетативний (соматичний) резонанс* (В. Райх, Д. Боаделла) — тілесна співналагодженість терапевта і клієнта, що є певним психосоматичним аналогом трансферу, відомого з практики психоаналізу. Виявляється цей феномен в індукованих тілесних відчуттях терапевта, які відповідають відчуттям клієнта, що надалі зумовлює синхронізовані психосоматичні реакції в обох учасників терапевтичного процесу. Він ґрунтується на вегетативній ідентифікації (несвідомому ототожненні) терапевта і клієнта. Розвиток цього процесу пов'язаний із резонансними формами тілесного контакту і відтворенням терапевтом тілесних відчуттів, які переживає клієнт. Резонансна взаємодія передбачає вегетативну, мімичну, рухливо-тактильну, ритмічну і дихальну синхронізацію. Крім відносин переносу, резонансні переживання можна порівняти також із відчуттям емоційної емпатії до клієнта.

У межах тілесно орієнтованого підходу соматичні компоненти емпатії особливо важливі для вибудовування терапевтичних взаємин. Не менш важливе і налаштування клієнта на терапевта. Особливості тілесних «відповідей» ґрунтуються на регресивних станах, часто пов'язаних із витісненою дитячою незадоволеністю материнською турботою, що означає дефіцит значущих тілесних контактів (дотиків, погладжувальних, пестощів). Тому резонансні реакції з боку клієнта необхідно розглядати в контексті динаміки перенесення. З боку терапевта така синхронізація теж відображає особливості контртрансферентних переживань і його здатність до усвідомлюваної та контрольованої вікової регресії.

Реакцію тілесної співналагодженості терапевта і клієнта можна пояснити терміном формування сумісного несвідомого — «теле» (за Дж. Морено) у зв'язку з

їх перебуванням у загальному процесуальному і смислово просторі терапевтичних інтеракцій (взаємодій). Для терапевта така єдність є технічним елементом терапевтичної роботи, а для клієнта — можливістю набуття «коригувального» щодо динаміки симптомів соматичного та емоційного досвіду (Ф. Александер).

Більшість тілесних технік у психотерапії спрямована на дослідження людиною своєї тілесності та її природи. Існує припущення: якщо людина зрозуміє своє тіло, то зможе зрозуміти і психічний зміст, який втілює за його допомогою. Втілений психічний зміст має інформаційну природу, що завжди співвідноситься з тілесною структурою та її функціональністю; тіло при цьому розглядають як специфічний спосіб існування енергії. Форма та організація енергії закономірні, специфічні і завжди відповідають характеру її інформаційного змісту. Це дає підстави вести мову про компліментарність тілесної і психічної організації особистості. Розуміння цього факту відкриває шлях до осмисленого використання тілесних технік, здатних забезпечити повноцінний, інтегрований розвиток людини.

Тілесно орієнтовані техніки посідають власну унікальну нішу, іноді істотно відрізняючись від традиційних форм психотерапії. Основна їх особливість полягає в тому, що серед методичних прийомів переважають ті, які безпосередньо стосуються тілесності людини. Патологічні реакції особистості також розглядають крізь призму тілесної динаміки, в якій вони відображаються.

Тілесно орієнтовані методи ґрунтуються на ідеї психосоматичної цілісності людини. Будь-яка дисоціація її складових на фізичні та ментальні компоненти буде неправильно і призведе до помилкових висновків щодо природи психологічних проблем і можливих стратегій їх подолання.

У межах цього підходу розроблено велику кількість різноманітних прийомів і технік. Здебільшого вони стосуються тілесної динаміки людини: її дихання, пластики, рухів, сензитивності, особливостей моторики, міміки, голосу, вегетативних реакцій. І хоч тіло людини доступне безпосередньому контакту, «наочне» і об'єктивне, суб'єктивно воно становить інтимну сферу особистості. У зв'язку з цим існують певні професійні вимоги до особи психотерапевта, а також додаткові

вимоги до професійної етики, що пов'язано з обов'язковістю тілесного контакту в процесі психотерапевтичної взаємодії.

Тілесно орієнтована психотерапія активно розвивається, інтегруючись із психодинамічними та екзистенціально-гуманістичними напрямками психологічної допомоги. На її основі відбуваються синтез і еkleктичний пошук нових, часто альтернативних методів психотерапії та розвитку людини.

Запитання. Завдання

1. Охарактеризуйте особливості тілесно орієнтованого підходу і його відмінності від інших психотерапевтичних напрямів.
2. Як вплинув В. Райх на розвиток тілесно орієнтованих ідей у психотерапії?
3. Проаналізуйте функції м'язового панцира, охарактеризуйте його види.
4. Обґрунтуйте специфіку етичних стандартів у тілесно орієнтованій психотерапії.
5. Розкрийте основні прийоми, які використовують у тілесно орієнтованій психотерапії.
6. У чому проявляється соматичний (вегетативний) резонанс і його терапевтична цінність?
7. Прокоментуйте суть основних професійних вимог до особистості тілесно орієнтованого психотерапевта.

6.

Гештальттерапія

Як психотерапевтичний напрям гештальттерапія винила у 40-ві роки ХХ ст. Інтегрувавши досягнення впливової на той час структурної (гештальт) психології, психоаналізу і холістичної теорії, Фредерік Соломон (Фріц) Перлз (1893—1970) створив гнучку й ефективну систему психологічної допомоги, яка, на відміну від фрейдівської, не потребувала багато часу і передбачала індивідуальну і групову роботу. Подібний до цікавої гри і порівняно дешевий, цей вид психотерапії здобув багато прихильників у всьому світі.

6.1. Загальні положення гештальттерапії

Гештальттерапію визначають як допомогу людині в пошуку справжньої життєвості, здатності насолоджуватись життям нині, «тут-і-тепер», не відкладаючи радість і щастя на невизначене «коли-небудь потім». Бути здоровим і щасливим, задоволеним собою, упевненим у своїх силах, любити друзів і близьких, не

висловлювати їм претензій, а собі не докоряти вічними сумнівами, стати відповідальним і зрілим, залишаючись веселим і спонтанним, — основні цілі гештальттерапії.

Гештальттерапія — психотерапевтичний напрям, який оснований на синтезі психоаналітичних ідей і принципів гештальтпсихології; спрямований на усвідомлення і закінчення цілісних патернів взаємодії зі світом (гештальтів), а несвідомі компоненти і психологічні захисти розглядає як основні цілі терапевтичного втручання.

По суті гештальттерапія є наділеною екзистенційним змістом практичною філософією достовірності життя, що ґрунтується на процесах усвідомлення і контакту.

Усвідомлення і контакт

Гештальттерапія оснований на уявленні про те, як поліпшити людську життєдіяльність, — «моделі про-світлення», яка споріднює гештальттерапію із дзен-буддизмом. Характеризуючи цю модель, учень Ф. Перлза Джон Енрайт стверджує, що існують такі фундаментально різні моделі допомоги людині у прагненні стати досконалішою:

1) патологічна модель. Відповідно до цієї моделі людину, в якій є проблеми або труднощі, розглядають як уражену або хвору, що потребує допомоги кваліфікованого фахівця. Терапію здійснюють за принципом лікування в системі відносин «лікар — пацієнт». Самолікування (читання відповідних книг, спроби вести «задушевні» бесіди з друзями) не особливо заохочується, хоч і не заперечується. Така модель характерна для класичного психоаналізу;

2) модель зростання клієнта. Вибір її зобов'язує розглядати клієнта як здорову нормальну людину, яка має змогу досягти більшого. Нормальна особистість повинна постійно розвиватися і рости — інакше настають застій і поступова деградація. Відсутність зростання — тривожна ознака, стандартним є прагнення бути вище за норму. Допомога ззовні бажана, але не обов'язкова, оскільки прагнення до зростання — природна властивість людини, як і кожної живої істоти. Процес особистісного вдосконалення потребує певних зусиль, які винагороджуються сторицею, оскільки бути вище за

норму — краще, ніж бути просто нормальним. Цією моделлю послуговуються терапія на основі ідеї самоактуалізації, логотерапія, роджеріанство;

3) модель просвітлення. Ґрунтується на твердженні про відсутність будь-які норми, необхідності кудись іти або що-небудь робити, бо людина — досконала, завжди була і завжди буде такою. У межах цієї моделі актуальне відчуття щастя і добробуту не залежить від рівня досягнень, наявності або відсутності проблем, успішної стратегії самопрезентації тощо. Усе, що необхідно, — зсув відчуття. Він полягає в тому, щоб розглядати себе не з позиції того, що могло б або мало бути зроблене, а побачити те, що є на цей момент, «тут-і-тепер», — і насолоджуватися цим.

Гештальттерапевти Ірвін і Міріам Польстери зараховують принцип «тут-і-тепер» до сучасного *етосу* — суми основних етичних і духовних норм суспільного життя, вважаючи процес повноцінного переживання актуальної реальності еством людського існування. Такий процес у гештальттерапії називають усвідомленням.

Усвідомлення — природний безперервний контакт людини з її власним досвідом, далекий від самокритики; пряме усвідомлення себе і навколишнього світу в певний момент часу, всі відчуття, властиві людині, відокремлені від її думок і оцінок.

На перший погляд така єдність з оточенням і собою — найпростіша, але це зовсім не так. Більшість людей часто зовсім не усвідомлює, що і як вони роблять, що відбувається з ними і в них кожної хвилини. Наприклад, дівчина вирішила поїсти морозива. Відразу після виникнення цього бажання вона починає думати, як дістатися до кафе. Прямуючи туди, міркує, чи варто псувати собі апетит солодощами і скільки грошей вона може витратити на це. Згадує, як бачила вчора свого приятеля з дівчиною в цьому кафе, і починає думати про мінливу чоловічу вдачу або про те, як непросто складаються їхні стосунки. Вона не помічає вулиць, якими іде, а коли, нарешті, приходить у кафе, всі її думки поглинені особистими проблемами. Дівчина робить замовлення механічним тоном, не глянувши на усміхненого офіціанта, — вона занурена в себе. Він приносить морозиво, вона відривається від своїх думок, дивиться на офіціанта і починає загравати з ним або відчуває роздратування

його зовнішністю; механічно їсть морозиво, не відчуваючи смаку. Платить гроші, а в думках планує завтрашні справи чи згадує вчорашню сварку. Упродовж цієї півгодини дівчина перебувала не в кафе, а в т. зв. *середній зоні* — зоні упередженості інтерпретацій та оцінок, думок і установок, далекій від реального світу і його властивостей.

У гештальттерапії виокремлюють три зони контакту зі світом: *внутрішню*, утворену відчуттями від власного тіла (сухість у горлі або важкість у шлунку, поза, в якій людина сидить або стоїть, головний біль, спрага, втома тощо); *зовнішню* — відчуття й усвідомлення властивостей навколишньої дійсності (сіре каміння на зеленій траві, тиск автомобільних гальм, запах мокрого одягу в метро дощового дня, схилені плечі дівчинки, що йде назустріч) і *середню* — зону уяви і фантазії, а також численних уявних ігор із собою, граючи в які, людина неминуче програє.

Індивід, який говорить «Мені холодно» чи «Я бачу твою посмішку», перебуває у внутрішній або зовнішній зоні; «Я бачу твою глузливу (теплу, знущальну, дружню, ідіотську, нахабну, ласкаву, винувату тощо) посмішку» — в середній. Основним при цьому є не те, що людина бачить насправді (посмішка), а її страхи, фантазії, очікування або оцінки. Вона сама робить єхидну, ідіотську або дружню посмішку і відповідно поводить ся. Як правило, її марно переконувати, що насправді вона зробила теплу усмішку, а не знущальну посмішку. Фраза «Я її наскрізь бачу» означає, що в полі зору мовця взагалі нікого немає, крім його власних упереджень або невротичних установок.

Середня зона — не тільки простір, у якому існують страх і упередження, заздрість і гординя, а також арена уявних ігор — триваліших фантазій на тему «Який я невдаха», «Якби не ти...», «Щастить, як утопленику» і найпоширенішої «Ой Боже, що люди скажуть». Описи цих і багатьох інших ігор є у книгах із гештальттерапії.

Уявна гра-монолог «Як-небудь проскочу на іспиті»

«Ну ось, не встигла зайти, а він (викладач) так зиркнув. Він мене весь семестр не любив, він любить тільки таких, що на першій парті сидять, у рот йому заглядають і всі визначення

червоною пастою підкреслюють. Господи, так і знала — саме цей проклятий білет, найскладніший. Питання геть безглузді. “Проблема волі в психології” — я якраз на цій темі не була, із Сергієм ми тоді у парку гуляли... А Нінка як строчить! Мабуть, зуміла шпору дістати, а я сиджу незручно, йому все видно буде. Даниленко пішов відповідати, голос у нього протинний, скрипучий. Що ж там із цією волею? Спробую почати з третього питання, тут треба на гуманізм напірати — пам’ятаю, як він на лекції розпинався, що всі ми — особистості. Що-небудь наплету. Теж мені професор — сам-то себе вважає генієм, а піджак завжди у крейді, і кишені відстовбурчуються...

Ну що він пристав — не “по суті”, “буденні житейські уявлення замість наукових знань”, “не володієте спеціальною термінологією” — наче я сама не знаю. Розповіла ж дещо. Навіщо взагалі ця термінологія — щоб йому на шматок хліба було чим заробляти? “Яку тему найкраще знаєте?” — ще й знущається. Ніяку — всі однаково. Темперамент — це про Гіппократа: рідини там — чорна жовч, жовта... о, у меланхоліка — слизота переважає. А далі? Учила ж... Іван Петрович Павлов визначив властивості темпераменту... Або нервової системи? Собаки у нього... От собака, націлився двійку ставити. Цю сесію я точно не здам. Сльозу пустити, чи що? Все одно не допоможе. А сьогодні в гуртожитку всі святкувати будуть, радіти. Ну все, годі байдикувати, від завтра сідаю за навчання. Краще з післязавтра — завтра справи. Як-небудь обійдеться. Батькам поки нічого не скажу. Плакала стипендія...»

Описи подібних уявних ігор наявні в романах Дж.-Д. Селлінджера, С. Беллоу, Ф. Саган — це один з улюблених прийомів психологічної прози останніх десятиліть ХХ ст. Її персонажі, уміло «списані» зі звичайних людей, втратили здатність контактувати з навколишньою дійсністю, підмінюючи цю взаємодію безцільним і нескінченним перебуванням у середній зоні. Найпростіший спосіб перервати такий монолог — поставити собі декілька простих запитань: «Що я зараз роблю? Про що думаю? Що я в цю хвилину відчуваю? Чого хочу?». Лише так можна перервати уявні ігри і перейти до свідомого контакту з оточенням.

Контакт — це взаємодія людини з навколишнім світом. Він можливий і без усвідомлення, але усвідомлення не буває без контакту. Для того щоб жити і задовольняти свої потреби, людина має контактувати з

реальним світом. Контакт без усвідомлення не залишає місця для психічних переживань — вражень, думок і почуттів. Подібно до того, як людина не відчуває простирадла під час сну, вона не сприймає навколишнього світу без усвідомлення. Перебуваючи в середній зоні, людина усвідомлює лише те, що вигадувала сама, і така ілюзорна реальність «виймає» її зі світу і розміщує в тісному кокони млявого, нецілісного, невротичного існування. Тому разом із принципом «тут-і-тепер» Ф. Перлз застосував також вислів «тепер-і-як», вважаючи, що ця формула краще передає суть гештальт-підходу, його інтерес до феноменології, сутності психічних переживань, а не до пояснення їх причин і обставин виникнення. Така терапія дає змогу повернутися від думок і розмов про речі (це явище називають *ебаутизмом* (англ. about — про щось, про когось)) до самих речей. Головне — не втратити безпосередності переживання, причетності до того, що відбувається в цю мить.

Взаємодія і формування гештальтів

Усвідомлення і контакт є умовами активного і повноцінного життя й задоволення людських потреб. Згідно з поглядами Ф. Перлза, цілісний акт життєвої активності — це безперервний процес творення і руйнування гештальтів.

Гештальт (нім. Gestalt — образ, структура, цілісна форма) — цілісна структура, що описує єдність і взаємозалежність потреб особи, її власної активності і навколишнього середовища.

У гештальттерапії «працює» *гомеостатична модель особистості*, згідно з якою задоволення потреб необхідне для відновлення рівноваги в системі «організм — середовище». Доповнена *принципом холістичності* (цілісності), що стверджує нерозривну єдність і взаємозалежність тіла і психіки, ця модель представляє життєдіяльність здорової людини як безперервний ланцюг контактів із навколишньою реальністю. У процесі контактів сприйняття під впливом домінуючої потреби людина виокремлює головне (фігуру) і другорядне (фон), а задоволення потреби завершує гештальт. З виникненням нової потреби цей цикл повторюється.

Ф. Перлз наголошував на значущості тілесних аспектів особистості і виступав проти їх відокремлення від духовних (mind-body split — «розділення на тіло і дух»), вказуючи на цілісність людської природи. Його учень, засновник Паризької школи гештальту Серж Женжер (нар. 1950) ілюструє багатомірність і цілісність гештальтпідходу за допомогою пентаграми аспектів людської активності (рис. 6.1):



Рис. 6.1. Пентаграма аспектів людської активності

У здоровій психіці формування гештальтів підкоряється принципу «first things first» — «спочатку найважливіше»; існує також гнучкість взаємних переходів фігури і фону. Турбота, увага, інтерес, збудження і задоволення характеризують нормальне формування фігури/фону, а сплутаність, нудьга, тривожність, «зациклення», збентеження і невпевненість свідчать про ускладнення цього процесу. Будь-які порушення і збої в циклі досвіду, а також вади контактної межі між суб'єктом і навколишньою дійсністю у гештальттерапії трактують як невротичні прояви.

Актуалізація потреби зумовлює активний пошук людиною можливості її задовольнити, віддаючи перевагу всьому пов'язаному з її бажанням, відтісняючи все інше. Відчуття потреби чи непотрібності чого-небудь посилює усвідомлення і викликає збудження, що сприяє початку дії. Після задоволення потреби і завершення гештальту відбувається переривання контакту («відхід»). Проте цикл досвіду може бути порушений на будь-якому етапі, і такі порушення стають джерелами невротичних проблем.

Здорова нормальна людина легко і плавно переходить від циклу до циклу, вона присутня «тут-і-тепер» в кожному з них. Порушення і збої залишають гештальти незавершеними, цикл переривається, і суб'єкт вимушений перебувати «там-і-тоді». На думку Ф. Перлза, невротик — це людина, яка не отримує актуального задоволення від життя, перебуваючи в певній формі контакту зі своїм минулим досвідом. Незакінчені і непрожиті ситуації прагнуть жити за рахунок актуальних, віднімаючи в них енергію, а в особистості загалом — відчуття впевненості в собі.

Незавершені («незакриті») гештальти перетворюють людське життя на хаос проблем, що поступово стають нерозв'язними. Невротичну особистість буквально роздирають на частини окремі фрагменти її непрожитого досвіду. Невротик утрачає здатність організувати свою поведінку відповідно до ієрархії власних потреб, не може зосередитися. У терапії він має навчитися розрізняти безліч потреб і по черзі мати справу лише з однією з них, відчувати їх та ототожнювати себе з ними, в кожен момент бути повністю зануреним у те, що він робить, перебуваючи у ситуації достатньо довго, щоб завершити гештальт і перейти до інших справ.

Гештальттерапія, використовуючи як робоче поняття слово «організм» замість термінів «індивід» або «особа», акцентує на ролі потреб у циклі життєвої активності. Під їх впливом людина формує своє ставлення до об'єктів навколишнього середовища, оцінюючи їх як позитивні, негативні або нейтральні. Вона живе посередині між нетерпінням і переляком. Сильна потреба вимагає негайного задоволення. Якщо воно не відбувається, особистість переживає емоційні форми збудження при порушенні рівноваги: переляк (аж до паніки), заздрість, відчуженість. Рівновага відновлюється за рахунок привласнення позитивних об'єктів, знищення чи уникнення негативних. При цьому майже немає відмінностей між уявою і дійсністю: людина прагне видалити шкідливі думки, неприємні образи або руйнівні відчуття зі своєї свідомості, ніби це її реальні вороги. Найнадійніший спосіб знищити ворога — вбити або знешкодити його. Невротик, позбавлений можливості це зробити, вдається до *магічного знищення*: заплющує очі і затуляє вуха, щоб не бачити і не чути

неприємного для себе, або в інший спосіб утікає з реальності. Магічна втеча не знищує небезпеку, а лише розриває контакт із ситуацією, яку він сприймає як загрозу — йдеться про тілесність (травма, хвороба), Я-образ (ганьба, приниження), модель світу (екзистенційний вакуум), матеріальний добробут (убогість) чи про щось інше.

Власне відхід і контакт не здорові і не патологічні. Невроз полягає в неможливості повного контакту або правильного відходу. Нав'язливі дії є прикладом нездатності розірвати контакт, а нудьга (часта скарга невротиків) виникає в тих ситуаціях, коли людина намагається перебувати в контакті з тим, що не цікавить її. Діалектика контакту і відходу становить суть психологічних подій, що відбуваються на контактній межі між суб'єктом і навколишньою дійсністю (організмом і середовищем). На думку Ф. Перлза, контакт із середовищем і відхід із нього, схвалення і заперечення — найважливіші функції цілісної особистості. Психологічні теорії, що дотримуються дуалістичних поглядів на людину, вбачають у них протилежно спрямовані сили. А в гештальтпсихології їх розглядають як аспекти одного і того самого — здатності до розрізнення. Якщо вона погано функціонує, індивід не може поводитися природно і його вважають невротиком.

У студентській групі, що вивчала психотерапію, одна дівчина висловила незвичну скаргу: вона не могла дивитися фільми жахів, трилери і все, що належить до жанру напруженої дії. Вона детально описувала свій страх, істеричні реакції (сльози, крик), відчуття «вичерпаності, спустошення» після закінчення фільму. Встати і піти з кінотеатру або від телевізора вона не могла. Учасники групи спершу визнали ситуацію уявною: мовляв, не можеш дивитися — не дивись, і не роби з цього подію. Проте дівчина не погодилася і продовжувала наполягати, що ця проблема для неї справді важлива, обґрунтувавши, що не відчуває себе через це дорослою, зрілою особою, якщо поводитися, як маленька дитина (боїться, хоча знає, що все «не насправді»).

У процесі подальших розпитувань з'ясувалося, що сильних почуттів в інших ситуаціях свого життя дівчина практично не переживає. Вона скаржилася на нудьгу, самоту, відчуття нерезальності навколишнього світу. Студентка була не задоволена

своїми стосунками з близькими, вважала себе нетямущою і звичайною, не здатною до досягнень, боялася, що люди помічають це і зневажають її. Поступово психотерапевт зрозумів, що дівчина може бути в повному контакті тільки з фільмами жахів, а від реальних людей, подій та речей вона втікає. Нездатність до розрізнення дійсності та фантазії і була причиною компульсивної (такої, що нав'язливо повторюється і посилюється) поведінки, яка проявлялася під час перегляду таких фільмів. Дівчина не могла їх не дивитися — їй потрібно було хоча б час від часу перебувати у справжньому контакті. Після обговорення цього в групі вона здійснила декілька спроб реального контакту зі своїми товаришами, що привели до інсайту. Поступовий розвиток здатностей до контакту врешті-решт дав їй змогу розв'язати цю проблему.

Гештальттерапія надає великого значення активній свідомості, зокрема усвідомленню всієї повноти контакту людини зі світом. Цим вона відрізняється від глибинних напрямів, проте Ф. Перлз запозичив із них ідею про те, що взаємодія з реальністю часто супроводжується її викривленням. Такі викривлення в гештальттерапії трактують як порушення (дефекти) контактної межі і спрямовують терапевтичний вплив на їх виправлення.

6.2. Концепція психологічного захисту

Оскільки невротичні проблеми породжує нездатність індивіда знаходити і підтримувати рівновагу між собою і світом, то різні види невротичних захистів у гештальттерапії трактують як дефекти контактної межі між особистістю і середовищем, у т. ч. й соціальним. Соціальну природу невроту зауважив Ф. Перлз, визначаючи його як захисний маневр, що допомагає ухилитися від загрози світу, який наступає на людину. Невроз видається найефективнішим способом підтримання рівноваги і саморегуляції в ситуації, коли все йде проти неї. Автор гештальтпідходу охарактеризував типи порушень контактної межі і, відповідно, стільки само невротичних захисних механізмів — проекцію, злиття, ретрофлексію та інтроекцію, дефлексію та ізоляцію.

● **Інтроекція.** Цей механізм найзручніше пояснити за допомогою метафор, пов'язаних із їжею, як це зробив Ф. Перлз у книзі «Его, голод і агресія» (1947). Інтроекція скидається на заковтування величезних не розжованих шматків без відчуття смаку. Таку їжу організм не може перетравити і засвоїти, так що інтроекти залишаються чужорідними тілами. Особистість, наповнена неперетравленими інтроектами, постійно відчуває екзистенційний голод, попри тяжкість у шлунку від того, що вже проковтнула. Несумісні установки і думки призводять до вагань, невпевненості, тривоги. Усю свою енергію така особистість витрачає не на розвиток і зростання, а на марні спроби примирити внутрішні суперечності, позбавитися психологічної «нудоти», що стає фоном її існування.

● **Інтроекція** (лат. *intro* — всередину і *jectio* — вкидання) — поглинання і привласнення будь-яких норм, стандартів поведінки, поглядів, думок і цінностей без спроби розібратися в них і критично переосмислити.

● Типовими прикладами інтроектів є батьківські повчання, думки вчителів, соціальні стандарти, що підштовхують людину до конформної поведінки. Якщо людина не зіставляє ці зовнішні вимоги з власними потребами і бажаннями, вона, за висловом Перлза, перетворюється на кімнату, настільки захаарчену чужими речами, що в ній не вистачає місця для власних. Найгірше те, що цей матеріал набув би для неї величезної цінності, якби вона осмислила його, змінила і трансформувала для себе.

● **Проекція.** Людина, яка використовує цей захисний механізм, бачить світ та інших людей холодними, ворожими, агресивними, тоді як насправді це її власні почуття.

У проекції межа між Я і світом трохи зсувається «на свою користь», що дає змогу зняти із себе відповідальність за ті аспекти і якості, з якими важко примиритися, бо вони здаються непривабливими, низькими, примітивними. Невротик, що вдається до проекції, на думку Ф. Перлза, нездатний розрізняти грані власної цілісної особистості, які справді належать йому, і те, що нав'язане ззовні. Він думає про свої інтроекти як про себе, а ті риси, яких хотів би позбавитись, розглядає

як «неперетравлені і неїстівні» інтроєкти. За допомогою проекції він сподівається звільнити себе від уявних «інтроєктів», які насправді є аспектами його самого.

Проекція (лат. *projection* — викидання) — винесення назовні внутрішніх процесів або їх причин, спроба покласти на середовище відповідальність за те, що виходить із самої людини.

Скута заборонами і забобонами, сексуально стурбована стара діва, що підозрює всіх чоловіків у непристойних намірах, — яскравий приклад невротичної проекції. Інший приклад — властиве багатьом уявлення, ніби оточення тільки й робить, що обговорює їхню зовнішність, вчинки або невдачі. У такому разі люди роблять припущення на ґрунті власної фантазії, не усвідомлюючи, що це лише гіпотези, далекі від реальності. До того ж вони не усвідомлюють походження своїх припущень.

Існує кілька видів проекції: *дзеркальна*, за якої люди знаходять в інших свої риси або властивості, що їм подобаються і бажані; *комплементарна*, коли іншим дають характеристики, за допомогою яких можна виправдати свої дії та вчинки; *катарсична*, що допомагає звільнитися від своїх негативних властивостей, приписуючи їх іншим; *атрибутивна*, коли оточення наділяють власними мотивами і потребами.

Проекція та інтроєкція тісно пов'язані між собою, взаємно доповнюють одна одну, утворюючи простір внутрішньої несвободи і зовнішньої скутості. Більшість інтроєктів пов'язана з «треба» і «повинен», тому, відчуваючи труднощі, людина покладає відповідальність за них на зовнішній світ (батьків, начальника, державу), — це і є проекція. Індивід, схильний до інтроєкції, втрачає свою ідентичність, збираючи «шматочки» чужих, а схильний до проекції — розкидаючи її навколо себе.

Злиття (конфлюенція). Її ознаки — неспроможність відчувати межі між Я і не-Я, ототожнення себе і середовища, нерозрізнення частини і цілого (у психоаналізі це позначають терміном «помежова особистість»).

Злиття (конфлюенція) — недостатнє відокремлення людиною себе від навколишнього світу.

У стані злиття (дитини з матір'ю, індивіда з групою, закоханого зі своєю коханою) відбувається цілковите ототожнення себе з іншим або іншими, відмова від відмінностей, втрачається відчуття реальності власного Я. На

думку Ф. Перлза, людина, що перебуває в патологічному злитті, зв'язує свої потреби, емоції і дії в тугий вузол і вже не усвідомлює, що вона хоче робити і як сама собі заважає робити будь-що. Неможливість перервати контакт (піти геть), властива злиттю, блокує подальші контакти, суб'єкт ніби чіпляється за те, чого вже не існує.

На механізмі злиття ґрунтується багато невротичних проявів: поведінка матері, що несвідомо перешкоджає дорослішанню своєї дитини; хворобливі ревності, коли чоловік або дружина не мають права провести хоча б декілька вільних один від одного годин; горезвісне «наших б'ють», після якого спалахує тотальна бійка між підлітками. Особливо часте патологічне злиття в сімейних (подружніх і дитячо-батьківських) стосунках. Реальні взаємини не перетворюються на тягар тільки в тому разі, коли є відчуття іншого, несхожого і відмінного. У таких ситуаціях той, хто перестав виконувати свій «договір» про злиття, переживає почуття провини і роздратування, а той, хто продовжує його виконувати, — біль і образу.

Ретрофлексія. Буквально означає «повернення назад, на себе», при цьому контактна межа проходить «посередині» особи, що починає ставитися до себе, як до іншої людини.

Ретрофлексія (лат. retro — назад і flexio — згинання) — спрямування людиною всієї енергії на зміну себе.

Вона може проявлятися у двох протилежних процесах: людина робить собі те, що хотіла б робити іншим (дорікає, звинувачує, карає), або те, що хотіла б одержати від інших (жаліє, захоплюється). Типові вислови ретрофлексії — «Я повинен володіти собою», «Я соромлюся себе», «Я не заслуговую своїх нещасть/успіхів». Таке відчуження призводить до емоційної спустошеності, нерішучості і невпевненості, а закінчується депресією.

Дефлексія (ухилення). Проявляється в уникненні небажаного контакту з людьми або аспектами реальності. Іноді спрямована на ухилення від контакту із власними бажаннями або відчуттями.

Дефлексія (лат. de — префікс, що означає відміну, видалення, і flexio — згинання) (ухилення) — намагання людини уникнути спілкування з іншими «тут-і-тепер».

Така поведінка є спробою відгородитися від світу і себе, зміцнює контактну межу, доки вона не стане

непроникною. Дефлексія протилежна злиттю, але в надзвичайних ситуаціях ці механізми іноді переходять один в одного — і людина метається від екзистенційної самоти до публічної демонстрації любові до всіх одразу.

Ізоляція (еготизм). Це найважчий тип порушень контактної межі, коли суб'єкт ізолюється від зовнішнього і внутрішнього світів, «відкидає» інших людей з їх почуттями і вчинками, а також власні глибинні імпульси.

Ізоляція (франц. isoles — відділяти, відокремлювати) (еготизм) — відокремлення суб'єкта від звичних умов життя, спілкування і власного внутрішнього світу.

Поведінка ізолюваного суб'єкта переважно відповідає рівню «кліше» і формується з автоматизованих, стереотипних дій, які нікому не потрібні і нікого не радують. Він рідко піднімається навіть до рівня «ролей», де існує тенденція маніпулювати іншими у власних інтересах. Однак у стані ізоляції легко досягти рівня «безвиході», коли будь-яка поведінка спричинює відчуття повної безпорадності.

27-річна аспірантка звернулася за консультацією стосовно того, як їй будувати взаємини з науковим керівником, що зайшли в глухий кут. Вона скаржилася на те, що керівник Сергій Петрович погано до неї ставиться, необ'єктивно оцінює її роботу, критикує і принижує все зроблене нею і зовсім інакше поводить з іншими своїми підопічними — «улюбленцями».

К.: Сергій Петрович тільки недавно почав керувати аспірантами і пошукачами, нас у нього приблизно десять. Від початку він виокремив декого і не просто допомагав — усе за них робив: і книжки давав, і публікації писав, і на кафедрі завжди хвалив — де треба, де й не треба.

А я завжди все сама робила, раніше за всіх дисертацію на обговорення подала. І публікації завжди самостійно писала, ніхто мене не підганяв. Іншим він мало не коми в тексті сам розставляв, а в мене прочитає розділ — хвалить, а принесу вже два — каже, що перший нікуди не годиться. Йому мені нерви помотати — одне задоволення. При обговоренні на кафедрі інших мало не грудьми прикриває, а на мою адресу — уїдливі жартики.

Т.: Як ви гадаєте, чому Сергій Петрович до вас так ставиться?

К.: Він звик, щоб перед ним усі голову хилили, хвалили, компліменти любить, як жінка. У нього взагалі все залежить від особистих симпатій і антипатій: якщо вже кого незлюбить — як мене — то все.

Т.: Чи можете ви пригадати який-небудь конкретний епізод, коли Сергій Петрович поставився до Вас несправедливо й упереджено?

К.: Та хоч десять! Узяти, наприклад, поїздки до опонента, професора Н. Гроші, клопоти... Адже міг наперед мені сказати, що туди їздити не варто. Так ні — каже: домовився, все буде гаразд, їдь. А коли я ні з чим повернулася і розповіла, як Н. наді мною знущався, почав казати, що я сама у всьому винна. Мовляв, не вмю бути в злагоді з людьми. А потім, і місяця не минуло, — запропонував мені розповсюджувати журнал, де цей професор Н. — головний редактор. Я, звичайно, сказала, що не буду цього робити після всіх його знущань наді мною.

Т.: Як же професор Н. знущався з вас?

К.: Він розгорнув титульний аркуш, прочитав назву — і відсунув, каже, що йому це не цікаво. Я, звичайно, почала його просити хоча б «по верхах подивитися», так він майже годину не погоджувався, виламувався всіляко... А потім, коли подивився, запропонував усе змінити — і предмет дослідження, і методи, і експеримент спланувати по-іншому.

Т.: Ви інакше уявляли собі розмову з професором Н.?

К.: Ну звичайно, він мав подивитися роботу, а не відмовлятися відразу після назви. І взагалі він лукавий такий, зовні — Цукор Медович, а всередині свої цілі.

Т.: А чому Сергій Петрович запропонував вам узяти участь у розповсюдженні журналу професора Н.?

К.: А навмисне — познущатися. Правда, там була вміщена моя стаття про дифтонги в старороманському говорі...

Т.: Як ваша стаття туди потрапила?

К.: Сергій Петрович порекомендував.

Т.: А інші ваші роботи Сергій Петрович теж просував до друку?

К.: Ну, у нас ще з ним монографія вийшла, у співавторстві. Так, брошура невеличка про каталонський діалект. Він її за свої гроші видав.

Т.: А ви в цьому брали участь?

К.: Ні, я тільки свою частину написала. У мене таких грошей немає, щоб платити видавництву. Ну, йому це і самому потрібно було — інакше б не витратився. Він скупердяй знаний.

Т.: А вашу спільну брошуру ви допомагали розповсюджувати?

К.: Ні. Він її сам розповсюдив, а мені дав десять примірників — на, вдався.

Т.: Безкоштовно дав?

К.: (гнівню): До чого тут «безкоштовно»? Я його ні про що не просила, ідея цю книжку написати взагалі моя була. А скільки

разів я переробляла, з набором комп'ютерним мучилася, гроші за це платила!

Т.: Як я зрозуміла, з допомогою Сергія Петровича у Вас вийшло дві солідні наукові публікації. А іншим своїм аспірантам він теж так допомагав?

К.: А інші і написати нічого пристойного не здатні.

Як видно з висловлювань клієнтки, найхарактернішим типом невротичного захисту для неї є проєкція — переважно катарсична і комплементарна. У взаєминах з іншими аспірантами проявляється дефлексія — вона ухиляється від справжнього контакту і водночас відчуває самоту і тугу. Ревнива заздрість і підсвідоме відчуття власної неповноцінності є прямими наслідками нездатності вступати у щирі, справжні стосунки з людьми. Її уявлення про те, що мають робити інші люди (керівник, потенційний опонент), — це могутні проєкції. Перебуваючи під їх владою, клієнтка не здатна об'єктивно оцінювати реальну поведінку — чужу і власну. А оскільки патологічна проєкція є такою самою частиною суб'єкта, що й імпульси, яким вона протидіє, особистість фактично «воює» сама із собою — зі своїми негативними уявленнями і відчуттями. Це свідчить про важку ізоляцію, замкнутість і зацикленість дій та вчинків. Взаємини з керівником у клієнтки досягли безвиході — третього рівня невротичної поведінки, оскільки на рівні ролей стосунки вичерпано, а справжній контакт із ним вона налагодити не здатна.

Метою гештальттерапії є розблокування свідомості і навчання здатності свідомо регулювати контактну межу. Інтроекти слід розпізнати і переглянути, частиною з них варто знехтувати, інші клієнт асимілює і засвоює. Проєкції замінюються справжніми реальними діями і стосунками, звільняється ретрофлексивний енергетичний потенціал, зміцнюється (при злитті) або послабляється (при дефлексії) контактна межа. Проте терапевтичне втручання не обмежується корекцією невротичних механізмів — це тільки одна з багатьох цілей. Стратегія гештальттерапії визначається допомогою в досягненні особистісної зрілості.

Ф. Перлз вважав, що люди звертаються за допомогою до психотерапевта через незадоволення їхньої основної, екзистенційної, потреби. Не володіючи тим, що психологи називають опорою на себе, самопідтримкою (self-support), невротик намагається знайти цю під-

тримку зовні. На відміну від зрілого, автономного дорослого індивіда, здатного довіряти своїм поглядам та інтуїції, невротик прагне керувати іншими людьми так, щоб вони задовольняли його потреби, передовсім екзистенційні. Він може досягти досконалості в мистецтві маніпулювання. Проблема невротика полягає не в тому, що він не вміє маніпулювати, а в тому, що його маніпуляції спрямовані на підтримку власної неповноцінності, а не на звільнення від неї. На думку Перлза, якби стільки розуму й енергії, скільки невротик витрачає, щоб примусити оточення підтримувати його, він присвятив навчанняю опиратися на себе, то неодмінно досяг би успіху.

Суб'єкт постійно, щомиті здатний до повноцінного, справжнього контакту зі світом. Він знає, як вступати в такий контакт, але в багатьох людей це знання супроводжують заборони: не можна дивитися на незнайому людину більше хвилини; неприпустимо торкатися співрозмовника, якщо він не близький друг; не можна відчувати те, що ти відчуваєш, слід відчувати те, що належить. Таких заборон сотні, і кожна з них запускає різноманітні механізми невротичного захисту. Формуються вони ще в дитинстві, коли, наприклад, трирічну дитину пригощають липкими, осоружними їй ласощами, зауважуючи: «Ти ж не хочеш образити дідуся, який тебе так любить? А то він наступного разу не принесе тобі паровозик, як обіцяв». І дитина починає їсти, а відчуття огиди має перетворити на вдячність дідусеві і любов до нього. Таких рафінованих форм невротичної поведінки важко навчитися відразу, проте більшість людей успішно опановує всі типи захистів уже в 10—12 років, удосконалюючи їх упродовж життя.

Клієнтка — молода жінка, що має труднощі у стосунках із чоловіком і звинувачує в цьому свекруху.

К.: Особливо мені не подобається, як мій чоловік влаштовує наше повсякденне життя. Ми обоє працюємо, але він певний час може працювати вдома (він програміст). Коли я приходжу з роботи, все відразу навалюється: і кухня, і прибирання, і дитину вже із садочка привели. А він вимагає уваги, каже, що за цілий день без мене скучив. Я ж не можу всі справи кинути, бо йому терміново треба зі мною поспілкуватися, і серджусь, що він цього не розуміє. А коли я все перероблю і маю час для

нього, він сидить похмурий і образений, мовляв, йому нічого цього не потрібно, він мене весь день чекав тощо.

Т.: А якщо йому доручити частину домашніх справ?

К.: Ох, це ще гірше. Я себе такою винуватою відчуваю, гадаючи, що навряд чи кому з чоловіків сподобається займатися домашніми справами, поки дружина на роботі. Я і на роботі хвилююсь, якщо затримуюся, — уявляю собі, що ось він сам почав їжу готувати або, ще гірше, матуся його прийшла, у нас порядкує.

Т.: Коли приходять свекруха, що вона робить?

К.: Ну як же, починає демонструвати, яка я погана дружина, — обов'язково знайде таке, що я забула зробити, хоча давно слід було, і займеться цим, звичайно ж, на очах у чоловіка. Я мовчу — сказати мені нічого, хоча всередині все кипить. Та як це викажеш? Прискіплююся до чого-небудь, і ми посваримося — ніби через дрібницю, проте кожен знає, через що насправді. Ми часто сваримося через дрібниці, але завжди є інша причина.

Т.: Які конфлікти Ви вважаєте найнеприємнішими?

К.: Ну, ці... Пов'язані із сексом. Перепрошую за відвертість, але моєму чоловікові може захотітися коли завгодно, у найнедоречніші моменти. І він дуже лютує, коли я відмовляю, хоча повинен розуміти, що не можна все покинути і мчати на його перший заклик. Увечері, коли ми лягаємо спати і я сама пропоную, він відповідає: «Секс — річ спонтанна», навмисне відвертається до стіни і спить. Ідіотизм якийсь. А вранці, коли часу немає, і на роботу бігти треба, і дитину в садок вести, він знову за своє. Однак я не можу потурати цим безглуздим примхам, у житті має бути якийсь лад...

У сімейному житті цієї жінки утворився цілий «букет» невротичних форм взаємодії. Прийшовши з роботи, вона «вмикає» поведінку, що ґрунтується на типовому інтроєкті «у хорошій господині завжди скрізь порядок». Контакт із чоловіком вона блокує, систематично знецінюючи прояви його любові, ніжності і турботи, відштовхуючи його заради другорядних господарських справ. У сексуальному аспекті обоє вони фрустровані та образені. Справжні мотиви поведінки свекрухи їй абсолютно не цікавлять — вони «недобрі» (тому що свекруха); якщо з чоловіком контакт час від часу все-таки відбувається, то зі свекрухою, найімовірніше, його ніколи і не було.

Виправити ситуацію просто — варто лише навчитись усвідомлення і контакту; відчути свої справжні потреби і бажання, виразити їх; почути і зрозуміти чоловіка та свекруху; дозволити собі хоч трохи спонтанності та скільки завгодно ніжності і

ласки та будь-коли у будь-якому місці виявляти їх самій і приймати від чоловіка; об'єднати в одному акті життєвої активності суть та існування в цілісний гештальт сімейного щастя.

Усвідомлення, повноцінний контакт, завершення гештальтів і звільнення від невротичних захистів є пріоритетними цінностями гештальттерапії, що формує певну життєву філософію з простими приписами: живи «тут-і-тепер»; будь уважним і чутливим; завершуй те, що починаєш; сприймай людей такими, якими вони є, а не придумуй їх; насолоджуйся своїми відчуттями.

6.3. Розв'язання міжособистісних і сімейних проблем

Гештальттерапія приділяє багато уваги проблемам, що виникають у процесі контакту не тільки зі світом, а й з іншими людьми, зокрема родичами, друзями, колегами тощо.

Свобода і повне усвідомлення — дуже небезпечні цінності для невротичної особистості, яка надає перевагу контролю і намагається за його допомогою влаштуватися в житті. Чим важливіший об'єкт, тим повнішим (тотальним) має бути контроль. Тому найжорсткішим є контроль над своїми почуттями, бажаннями, потребами, а також над значущими іншими. На відміну від будь-яких об'єктів інша людина в полі сприйняття завжди представлена як Ти, крім випадків, коли спрацьовує проекція (ототожнює Ти і Я), інтродекція (перетворює Ти на Воно-всередині-мене), злиття (Я розчиняється в Ми), ретрофлексія (ділить особу на Я і Не-Я), дефлексія (поблизу взагалі нікого немає, жодного «Ти» не існує). Природний спосіб взаємодії Я і Ти відображено у «Молитві гештальтиста»:

«Я — це Я, а ти — це ТИ.

Я роблю свою справу, а ти свою.

Я живу в цьому світі не для того, щоб відповідати твоїм очікуванням,

А ти живеш не для того, щоб відповідати моїм.

І якщо ми випадково знайшли один одного, це чудово.

А якщо ні — нічого не вдієш».

Більшість людей, однак, весь час переймається одним — як утримати контроль над своїми близькими і друзями та зробити його ще ефективнішим. Бажання контролювати властиве передовсім тим, хто не відчуває себе в безпеці. Проте люди, що досягли особливих успіхів у прагненні контролювати Інших, як правило, дуже нещасні: вони починають цуратися тих, хто не намагається втручатися в їх життя. Насправді любити людину — означає давати їй досить свободи для власного зростання і розвитку. Любов, як і моральність, починається там, де закінчуються заборони і розпорядження: людина все-таки вміє любити, не вбивати і не красти, хоча її ніхто не контролює і не покарає за невиконання обітниць. Як зауважує гештальттерапевт Джанет Рейнуотер, кохані, що вільні піти, завжди повертаються, кохані, вільні у своїх почуттях, завжди цікаві.

Найжорстокіші форми контролю, що є справжнім шантажем, — це хвороба і погрози самогубством. Як правило, об'єкт шантажу відчуває велику провину. У багатьох випадках здається, ніби шантажист має право на те, що він робить.

Клієнтка, студентка навчальної групи психологів, розповіла терапевтові, що понад два роки тому в неї почався роман із чоловіком. Стосунки спочатку склалися дуже добре, попри те що він, за її висловом, мав «деякі труднощі в ліжку».

Протягом року вони «були дуже щасливі», а потім почалося поступове взаємне розчарування. Клієнтка мала владний характер, полюбляла командувати, а чоловік підкорявся. Цей звичний патерн стосунків не подобався ні йому, ні їй. До того ж завершилася робота, яка раніше їх об'єднувала, інтереси все більше не збігалися, спільних цінностей залишилося мало. Було очевидно, що стосунки себе вичерпали.

Проте чоловік наполягав на продовженні зв'язку, оскільки як сексуальна партнерка клієнтка йому «ідеально підходила». Стосунки швидко звиродніли в серію бурхливих скандалів, під час яких він дорікав їй за те, що вона «зробила його імпотентом, а тепер хоче кинути». Клієнтка сердилась, говорила йому «жахливі речі» і водночас відчувала свою провину. Чоловік звернувся до сексопатолога, але безрезультатно, врешті-решт став погрожувати клієнтці самогубством, якщо вона його покине. Ця ситуація і стала предметом обговорення.

Т.: Як ви самі сприймаєте ситуацію, що склалася?

К.: Узагалі все це жахливо і ганебно. Я його бачити не

можу, особливо коли починається це ниття про «підірване здоров'я». Ніколи не подумала б, що чоловік може так поводитися. А найосоружніше — будь-який грандіозний скандал тут-таки припиняється, варто мені лягти з ним у ліжко.

Т.: Що б ви хотіли вчинити?

К.: Найбільше бажання — не бачити його ніколи в житті. Часом він мені так дошкуляє, що я його убила б. Та водночас я розумію, що він багато в чому має рацію — це життя зі мною його таким зробило. Звичайно, я сама багато в чому винувата, хоча і він хороший — краще нікуди.

Т.: Однак з огляду на вашу поведінку, ви не надто прагнете до розриву. Що заважає вам піти, якщо цього так хочеться?

К.: Розумієте, адже я у всій цій історії виглядаю досить негарно. Його звинувачення не те щоб справедливі, але в них є частка істини.

Т.: Ви відчуваєте провину? Розкажіть докладніше.

К.: Зараз я скажу одну дивну річ. Коли він погрожує стрибнути з дев'ятого поверху, я розумію, що це я його довела. І говорю йому таке, що можна справді стрибнути. Виходить, що я йому мщу за те, що він через мене нещасний. Він, напевно, має рацію, називаючи мене чудовиськом.

Т.: Ви мстите свідомо?

К.: Практично так. Іноді мені просто хочеться, щоб він, нарешті, стрибнув — і все це скінчилося. А з іншого боку, всі ці погрози — пустий звук. То як він узагалі сміє мені погрожувати! Словом, ситуація безвихідна. Ви, напевно, маєте рацію — треба піти. Проте він здатний навмисне щось собі заподіяти, щоб потім я усе життя стервою почувалася.

Річ навіть не в ньому, а в тому, що я остаточно стану стервою, якщо кину його, а після цього що-небудь трапиться.

Т.: Якщо він наважиться стрибнути?

К.: Річ у тім, що він має рацію: я поводжуся так, щоб підштовхнути його до самогубства. Я вже сказала йому, що з ним у ліжко жодна жінка не ляже — за версту видно, що він імпотент. І побажала, щоб на все життя таким залишився. Отже, щодо власних мотивів я себе не обдурюю. Звичайно, я мерзотниця, а він — мій хрест.

Т.: Нестимете?

К.: Можливо, буду. А може, хай стрибає. Має ж хтось на цьому світі бути стервом.

Т.: Можливо, є сенс розповісти про це в групі?

К.: Відреагувати свої почуття? Ні, сама винна, сама й розбиратимуся.

Клієнтка потрапила в пастку шантажиста і відчуває себе загнаною в глухий кут. Її переповнюють гнів і лють. Стратегія поведінки зводиться до прагнення бути так само ефективною в агресії, як її партнер у контролі. Обрані клієнткою та її партнером способи взаємодії утворюють замкнуте коло: агресивне заперечення «підживлює» контроль, який викликає ще більшу агресію. Відмова клієнтки прийняти допомогу і підтримку групи свідчить про те, наскільки глибоко вона залучена до цього. Її поведінка — химерний конгломерат різноманітних невротичних захистів, серед яких найочевидніші злиття і ретрофлексія.

Терапевтична допомога була спрямована на те, щоб клієнтка відчула своє злиття не тільки з чоловіком, а й із породжуваними невротичною виною агресивними імпульсами. Терапевт допоміг їй усвідомити причини власного гніву і зумовлених ним провокацій («Стрибай, якщо хочеш довести, що ти не слабак!»). Ретрофлексивна поведінка («якщо я продовжуватиму..., то стану стервою») поступово змінилася більш відкритою і спонтанною, жінка усвідомила «окремість» чоловіка в межах класичної формули «Я — це Я, а Ти — це ТИ». Вона перестала спонукати його до дій «хто кого». Почувши у відповідь на свої погрози спокійні й адекватні слова «Ти можеш робити все, що хочеш, а я житиму своїм життям», чоловік зрозумів, що втратив свою владу шантажиста. Сварки, супроводжувані погрозами та образами, припинилися разом зі стосунками. Клієнтка стала менш невротичною, з її поведінки зникли невмотивована агресія і гнів.

Окрім вкрай жорстких форм контролю, існують м'якші. Люди намагаються контролювати один одного переважно за допомогою прохань і вимог, які є, власне, цілком доречними в міжособистісних стосунках, але за наявності прихованих мотивів можуть стати витонченим засобом маніпуляції поведінкою і почуттями інших.

Не кожна людина вміє просити. Дехто вважає прохання проявом власної слабкості і неповноцінності. Навіть найпростіші прохання такі особи формулюють як суворі, категоричні вимоги, так що той, хто просто охоче виконав би прохання, вимушений це робити. Інші бояться просити про що-небудь, коли немає впевненості в обов'язковому виконанні прохання. Відмову вони прирівнюють до заперечення. Прохач відчувається пригнобленим, страждає його самооцінка. Таке часто буває, наприклад, у подружніх стосунках, коли чоловік або

дружина, відмовляючи в проханні, чують звинувачення «ти мене не кохаєш».

Для невротика страх можливої відмови, який супроводжує прохання, може бути настільки сильним, що він узагалі не наважується просити. Тоді він пробує висловити бажання натяком і переживає ще більший стрес, коли натяку не розуміють. Інколи для розуміння своїх бажань і прихованих прохань хтось із подружжя вимагає від свого партнера читання думок. При цьому часто приховані за натяками прохання накопичуються доти, доки чаша образи на «нечутливого» чоловіка або «дружину-егоїстку» не переповниться, і вибухає страшна сварка.

Більшість невротично забарвлених прохань насправді є прихованими вимогами, що обов'язково передбачають виконання. Будь-який невротик-маніпулятор регулярно практикується в мистецтві емоційного здирництва. Якщо не виконати прохання-вимогу, він обов'язково дорікне відсутністю пошани і любові. Нерідко для істеричної дружини відмова чоловіка виконати чергову її примху — зрада, що перекреслює суть їхніх стосунків. «Значить, ти мене більше не любиш, якщо... (не виніс сміття, спізвився до вечері, пішов у суботу на футбол тощо)».

Ще один невротичний варіант реакції на прохання полягає в тому, що людина, до якої звертаються, робить не те, про що її просять, а те, що вона вважає потрібним і корисним для прохача. Показовою для цього випадку є давня китайська притча:

«Учений на ім'я Лу Фень, одного разу проходячи по ринку, побачив красиву старовинну нефритову посудину для туші. На її поверхні була опуклість, схожа на пташине око — чорна серцевина, обрамлена ажурним блідо-жовтим ободом. Лу Фень зрозумів, що це знаменитий каламар “Око морської чайки”, і запалав бажанням його купити. Та ціна виявилася дуже високою, і вчений поспішив по гроші. Прийшовши додому, він дав своєму учневі потрібну суму і звелів негайно купити раритет. Той незабаром повернувся і віддав учителю покупку. Лу Фень радісно кинувся до неї і раптом запер: це був зовсім інший каламар.

— Чому ти купив не те, що я просив? — сказав він. — Ти, мабуть, помилився? Адже на тій посудині повинен бути виступ у вигляді пташиного ока.

— Ах, ось ви про що, — відповів учень. — Справді, була на поверхні якась нерівність. Я вирішив зробити вам приємне, і за власні гроші велів стесати її. Тепер каламар виглядає акуратно, він гідний вас, учителю.

— Ех, ти... — тільки і сказав Лу Фень».

Вільна відповідь на прохання неможлива і в тому разі, коли взаємини між людьми регламентовані *прихованим контрактом* — неусвідомленим кодексом правил, які регулюють відносини на основі певних принципів: «так завжди було», «тепер моя черга», «це не жіноча справа», «на першому місці — інтереси дітей» та ін. Наприклад, у сім'ї заведено розв'язувати проблеми за таким контрактом. Чоловік, який згодився взимку в суботу з'їздити на дачу і перевірити, чи все там гаразд, розраховує, що в неділю він має право відпочити. Він відмовляється («тепер моя черга») допомогти дружині переставити меблі на кухні та вітальні і йде до друзів. Увечері вдома він знаходить дружину в напівнепритомному стані: вона сама пересунула меблі, хоча «це не жіноча справа». Переконувати її марно: по-перше, він просто зобов'язаний робити те, що вона його просила («так завжди було»), по-друге, «на першому місці мають бути інтереси дітей», і цю шафу давно слід було переставити зі спальні в коридор, щоб пересунути ліжко дочки подалі від вікна. Чоловік потрапив у пастку, а дружина може щонайменше тижнів зо три вважати, що вже «її черга».

Ще гірше, коли подружжя виконує два різні приховані контракти, які суперечать один одному. Як зауважили етнопсихологи, в американських сім'ях зазвичай дружина ухвалює якраз ті рішення, що їх в англійських сім'ях приймає чоловік: куди поїхати влітку у відпустку, які квіти посадити на клумбі перед будинком, в яку школу віддати дитину тощо. Тому в шлюбі англійця з американкою навколо цих питань може виникнути справжня війна, тоді як у сім'ї американця і англійки їх просто нікому буде вирішувати.

Молодята зазвичай не схильні обговорювати приховані контракти, які вони, як правило, успадковують із батьківської сім'ї, що часто призводить до конфліктів і навіть розлучень. Тому краще на самому початку узгодити їх і чітко розподілити обов'язки.

Гештальттерапія покликана навчити бачити світ таким, як він є, переживаючи радість від кожної хвилини існування в ньому, не закриваючись від життя ні страхом, ні надією на те, що все може змінитися саме, без участі людини. Хоч би який невротичний захисний механізм обрала людина, він не сумісний зі справжнім життям.

Отже, Ф. Перлз, поєднавши психоаналітичну теорію з положеннями гештальтпсихології, запропонував ефективну короткострокову й емоційно привабливу модель терапії, яку можна реалізувати як на індивідуальному рівні, так і на груповому. Основним принципом гештальттерапії є усвідомлення, яке відповідає за повноцінність контакту особистості зі світом і забезпечує автентичність відчуття та задоволення людських потреб. Цей підхід має оригінальну концепцію захисних механізмів, до яких належать злиття, проекція, інтроєкція, ретрофлексія та еготизм. Основна мета гештальттерапії полягає в позбавленні індивіда навичок невротичного маніпулювання і відкритті йому можливості справжнього, емоційно повного і вільного контакту зі світом, власними потребами та іншими людьми.

Запитання. Завдання

1. Охарактеризуйте моделі психологічної допомоги і відмінності між ними.
2. Як відбувається формування гештальтів у процесі задоволення потреб особистості?
3. Спробуйте усвідомити властиві вам «уявні ігри». Для чого вони потрібні? Як від них можна відмовитися?
4. Зосередьтесь на своїх відчуттях у внутрішній та зовнішній зонах у дискомфортних для вас ситуаціях. Який ефект це має?
5. Чому незакінчений гештальт може стати причиною психологічних проблем?
6. Сформулюйте уявлення про психологічний захист у гештальттерапії.
7. Як можна контролювати міжособистісні стосунки за допомогою прохань і вимог?
8. Підрахуйте, скільки разів на день (або на тиждень) ви не змогли відхилити чиесь прохання? А скільки разів відмовили вам? Який висновок ви можете зробити?

7.

Когнітивні напрями

До кінця 50-х років ХХ ст. психотерапія розвивалась винятково як глибиннопсихологічна. Невдоволеність психоаналітичною моделлю особистості (яку уявляли переважно хворобливою, невротичною, неспроможною свідомо контролювати свої імпульси) стала поштовхом до формування двох альтернативних напрямів — гуманістичного та когнітивного. Основні ідеї когнітивної парадигми сформулювали на початку 60-х років ХХ ст. американські психотерапевти А. Бек та А. Елліс. І хоча надалі відбулася певна інтеграція когнітивної терапії з іншими підходами, їхні роботи вважають оригінальним напрямом теорії і практики психологічної допомоги.

7.1. Сутність і особливості когнітивної психотерапії

Когнітивна психотерапія зосереджена на свідомих мисленневих детермінантах людських дій і вчинків. На противагу несвідомому як провідному об'єктові психо-

аналітичного впливу вона працює зі свідомістю, але не так, як гештальттерапія. Гештальтист навчає усвідомлення відчуттів та емоцій, а когнітивний терапевт стимулює свідомий розгляд і осмислення особистісної активності, навчає думати і приймати правильні рішення на основі всебічно проаналізованої інформації з навколишнього середовища.

Когнітивна (лат. *cognitio* — знання) *психотерапія* — сукупність психотерапевтичних методів, що ґрунтуються на уявленні про прикмет свідомого, раціонального аспекту психіки у розв'язанні психологічних проблем, зокрема особистих та емоційних.

Вона опирається передовсім на силу свідомого розуму і здорового глузду. Її ефективність залежить від того, наскільки ця сила насправді потужна. Для застосування когнітивної психотерапії необхідні навички самопостереження (інтроспекції), добре розвинуте логічне мислення, схильність до абстрактного розгляду конкретних життєвих ситуацій. Однак навіть дуже ефективний психотерапевт когнітивного напрямку мало допоможе клієнтові, який має проблеми з абстрагуванням та узагальненням, не любить багато роздумувати.

Через спільну зацікавленість у поведінкових змінах когнітивну психотерапію інколи вважають спорідненою з т. зв. поведінковими підходами, які стосуються психотерапії лише опосередковано.

Американська психологія біхевіоризму (англ. *behavior* — поведінка) шукала можливостей надання психологічної допомоги. Прихильники цього напрямку об'єктом впливу обрали поведінку, а техніки запозичали з методичного інструментарію біхевіоризму. Однак методи модифікації поведінки лабораторних тварин не годилися для впливу на людину. Спроби винайти психотерапію, основану на класичній чи оперантній зумовленості (формування умовних рефлексів за І. Павловим або Б. Скіннером), призвели до розвитку жорсткої і тренінгової моделей поведінкових змін.

1. **Жорстка модель.** Вона фактично полягає у дресуванні, коли людину за допомогою батога і пряника примушують змінити свою поведінку. Наприклад, *аверсивний* (лат. *versus* — проти) *контроль*: хронічному алкоголіку після чарки горілки роблять укол блювотно-го, так що насолода від сп'яніння супроводжується відразою і стражданням; і так його муштрують доти,

доки у пацієнта не виробиться огида до алкоголю. Або гомосексуаліста карають електричним розрядом щоразу, коли в нього виникає ерекція при спогляданні фото оголених чоловіків.

Такі методи є повною протилежністю психотерапії. Проте їх досі використовують у пенітенціарних закладах і деяких психіатричних клініках. Про їхні наслідки розповів американський письменник Ентоні Берджес у своєму бестселері «Механічний апельсин».

2. Тренінгова модель. Клієнт домовляється з терапевтом щодо бажаних змін у своїй поведінці. При цьому відносини між ними не відіграють істотної ролі, не ставиться завдання змінити емоційно-ціннісну сутність особистості, скарги клієнта не розглядаються як вираження його проблем. Під керівництвом терапевта здійснюється тренування певних умінь і навичок, необхідних у складних життєвих ситуаціях. Таку діяльність кваліфікують як соціально-психологічний тренінг (СПТ). Вона розвинулась в окрему галузь практичної психології (і окрему навчальну дисципліну) та має багато видів: тренінг спілкування, тренінг креативності, тренінг професійної ефективності, тренінг жіночої привабливості тощо. Тому СПТ, як і поведінковий підхід загалом, навряд чи можна зарахувати до психотерапії.

У когнітивної терапії значний аутопсихотерапевтичний потенціал, вона придатна для всіх, хто схильний аналізувати свої думки, відчуття і поведінку. Кваліфікований когнітивний терапевт не тільки навчає клієнта раціонального аналізу власних дій, думок і уявлень про реальність, що стали основою вчинків, а й пояснює, що цей процес не варто розглядати як «раціоналізацію» або «психологічний захист».

Когнітивний напрям поділяють на раціонально-емотивну терапію (РЕТ) А. Елліса і когнітивну терапію А. Бека. Погляди Бека ближчі до загальних уявлень когнітивної психології про психіку як властиву живим організмам систему отримання, опрацювання і зберігання інформації. Психічні та особистісні розлади (тривогу, депресію, панічний страх (фобію), нудьгу, відчуття неповноцінності тощо) А. Бек розглядає як наслідок порушень в інформаційних процесах, що негативно впливають на пов'язані з ними емоційні та мотиваційні аспекти поведінки і діяльності. Психотерапевт нагадує вправного

системного програміста, здатного знайти і усунути збій у програмі і навіть навчити цього користувача (клієнта).

У західній психотерапевтичній практиці когнітивний підхід дав значні практичні результати. Не таким ефективним він виявився у слов'янському світі, представники якого у своїй життєдіяльності раціональною логікою керуються не більше, ніж емоціями.

7.2. Раціонально-емотивна терапія

Сутність моделі психотерапії, розробленої Альбертом Еллісом, багато в чому визначається словом «раціональність», значення якого залежить від того, з чим його зіставляють і чому протиставляють: думкам (античність), вірі і догмі (середньовіччя), забобонам (Ренесанс), досвіду (сенсуалізм ХІХ ст.). Раціональність (ірраціональність) будь-якого знання, думки, уявлення перевіряють лише після появи сумнівів. А. Елліс трактує раціональність як природне (наївне) знання про дійсність, щось безсумнівне, замислитись над яким навіть не можливо. Очевидне він прирівнює до безсумнівного, простежуючи у складі внутрішнього досвіду особистості утворення, в яких вбачаються фундаментальні характеристики світу, і демонструючи, як їх можна поставити під сумнів.

У тріаді «раціональне — емпіричне — ірраціональне» А. Бек акцентує увагу радше на двох перших її складниках, А. Елліс — на двох останніх. Обидва науковці схильні розглядати будь-яку людину, що розв'язує свою проблему, як ученого-дослідника, який недостатньо усвідомлює власні методи і можливості. У розробленій ними терапії максимально представлений і активно працює принцип *cogito* — мислення, що пізнає (Р. Декарт: «*Cogito, ergo sum*» — «Мислення означає існування»). Якість мислення визначає комфортність існування: люди бувають нещасні від того, що неправильно думають, уявляють певні речі, обставини, властивості.

Раціонально-емотивна терапія (РЕТ) — психотерапевтична школа, основною метою якої є корекція ірраціональних думок та упереджень і спричинених ними негативних емоційних переживань.

Когнітивна психотерапія ґрунтується на припущенні про те, що депресія та інші види неврозу є наслідками

іраціонального і нереалістичного мислення. Почуття і поведінка людини істотно залежать від її думок, переконань та умовиводів — усього, що А. Бек і А. Елліс називають *когніціями* (когнітивними змінними). Судження і думки класифікують на групи: описові (дескриптивні); оцінні, причинно-наслідкові (каузативні); приписові (прескриптивні). Усі вони пов'язані між собою, утворюючи систему правил, жити за якими — означає неминуче бути нещасним. Типовий перелік таких «правил невротика» навів А. Бек:

- 1) щоб бути щасливим, я маю досягти успіху в усіх своїх спробах і починаннях;
- 2) щоб відчувати себе щасливим, мене мають любити (приймати, захоплюватися) всі і завжди;
- 3) якщо я припускаюся помилки — значить я дурень;
- 4) якщо я не досяг вершини, то зазнав краху;
- 5) як чудово бути популярним, відомим, багатим; як жахливо бути звичайною, посередньою людиною;
- 6) моя цінність як особи визначається тим, що думають про мене інші люди;
- 7) я не можу жити без любові. Якщо мій чоловік (дружина, дитина, коханець, начальник) мене не люблять, я ні на що не здатен, я нікчема;
- 8) якщо хтось зі мною не погоджується, він мене не любить.

Систему таких правил побудовано на ніким не перевічених узагальненнях. Вони тотальні («всі», «завжди», «нічого»), зобов'язують і примушують. Для людини, що перебуває в такій ситуації, речі та події нічого не варті — справжні почуття викликають лише думки та оцінки; людина відчуває те, що думає з приводу сприйнятого. При цьому переконання і думки можуть навіть суперечити одне одному, а людина — відчувати себе нещасною.

Клієнтка поскаржилася на апатію, що охопила її, поганий настрій, неможливість зосередитися на роботі, безпричинну тугу.

Т.: Як давно у вас такий настрій?

К.: Усе почалося після екзамену з економіки, до якого слід було підготувати письмову роботу — опис моделі прогнозування тенденцій ринку. Викладач казав, що потрібно проявити творчість — я і писала її з натхненням. Днів три-чотири ні про що інше і думати не могла. Іду на дачу, готую їжу, розмовляю з

мамою — а в голові тільки параметри моделі. Писала, прагнула дібрати найточніші слова, а викладач її навіть читати не став.

Т.: Зовсім не прочитав?

К.: Так, подивився по верхах — і годі. Сказав, що погано знаю роботи класиків, дуже приблизний підрахунок математичного очікування, багато думок незрілих...

Т.: Яку оцінку ви одержали на іспиті?

К.: «Четвірку».

Т.: Це низька оцінка? Ваші знання більше, ніж на «чотири»?

К.: Та ні, справедлива.

Т.: Що ж вас не влаштовує?

К.: Найобразливіше — він продемонстрував своє ставлення до моєї праці і навіть не потрудився це прочитати. Показав, що як майбутній економіст я нічого не варта.

Т.: Він сказав це?

К.: Ні, але якщо роботу навіть і читати не став...

Т.: Однак, можливо, йому справді вистачило поверхового ознайомлення з вашою роботою, щоб правильно оцінити її?

К.: Може, й вистачило. Він — доктор наук, професор.

Т.: А як він мав поставитися до вашої роботи? Чого б вам хотілося?

К.: Ну, щоб він зрозумів, що я творчо поставилася до роботи, не відписалася, як інші.

Т.: А він хіба цього не зрозумів?

К.: Проте ж він нічого не зрозумів, роботу не похвалив, а тільки критикував, і тим, що я запропонувала, зовсім не зацікавився. Виходить, я — ніхто, нуль.

Т.: Отже, якщо ваша робота з економічного прогнозування не зацікавила доктора наук, провідного фахівця в цій галузі, то ви — нуль?

К.: Це якось занадто виходить.

Т.: А який зв'язок між «четвіркою» з економіки і вашою нинішньою пасивністю? Адже минув майже місяць, закінчилися канікули — а ви все сумуєте?

К.: Мабуть, так. Однак я після цієї історії не можу ні за що взятися. Все одно не бачу сенсу.

Т.: У чому?

К.: У тому, щоб далі продовжувати, писати диплом... Кому він потрібен? Хто його читатиме?

Т.: Тобто зовсім ніхто не читатиме?

К.: Ну, прочитають... Сенсу все одно жодного.

Т.: Підсумуємо дещо. Ви написали письмову роботу, яку нашвидку прочитав і якою не зацікавився викладач, професор.

Він нічого не зрозумів, розкритикував її, поставив Вам оцінку, вищу за середню («четвірку»). Ви відчули себе несправедливо скривдженою, нікчемною і зрозуміли, що ви як майбутній економист нічого не варті. Після цього ви лягли на диван, сумували і тужили всі канікули і тепер не бачите сенсу в тому, щоб писати і захищати диплом. Так?

К.: Ні, це якось несправедливо. Окремо все правильно, а разом — нісенітниця.

Наведена бесіда ілюструє процедуру *класифікації* — прояснення, за допомогою якого клієнт учиться розпізнавати свої ірраціональні установки («Якщо моя робота не зацікавила провідного фахівця — я нікчемна», «Якщо тепер не досягнуло блискучого успіху, то і далі нічого робити не варто»). Завдання класифікації полягає в розмежуванні описів і оцінок, побажань і розпоряджень, проясненні тих логічних зв'язків, які формують причинно-наслідкові залежності. Один із найпростіших способів — продемонструвати клієнтові всі «Якщо..., то...», які містяться в його міркуваннях, а також поведінкові наслідки таких опозицій.

Проте часто буває так, що навіть інсайт стосовно ірраціональних думок не призводить до відмови від них, тим більше — до зміни поведінки.

Як зразок ірраціональних установок щодо розподілу обов'язків у сім'ї терапевт показав клієнтці (освіченій, інтелегентній жінці) уривок з автобіографії вченої-етнографа, американки Маргарет Мід. Ішлося про юність Мід, коли вона ще не була визнаним авторитетом у соціальній антропології та етнографії дитинства: «До того ж Рео (її чоловік. — *Н. К.*) не любив бачити мене за домашньою роботою, хоча сам не мав наміру мені допомагати. Більш того, він вважав цю роботу докором собі. Унаслідок цього я призвичаїлася по неділях прибирати будинок крадькома, вдаючи, що уважно слухаю все, що мені говорять. Я чекала паузи, щоб вислизнути з кімнати і розстелити ще одне простирadlo або вимити ще одну чашку, а потім з'явитися знову. Мені вдалося навчитися робити все необхідне так ненав'язливо, що Грегорі Бейтсон, який відвідав наш табір на Сепіку, відзначив, що він ніколи не бачив мене зайнятою домашніми справами».

Прочитавши цей уривок, клієнтка визнала, що це дуже схоже на її сімейну ситуацію. Деякий час вона мовчки роздумувала, а відтак переможно заявила: «Ну, якщо навіть Маргарет Мід довелося так робити, то мені вже і поготів слід терпіти».

Приклад, що мав продемонструвати клієнтці несправедливість її сімейного укладу, вона сприйняла як дозвіл не змінювати свого пригніченого становища. Ірраціональна установка виявилась непохитною, фактично стала догмою. А догматичність у нормах і цінностях часто призводить до депресії.

Депресивне сприйняття світу ґрунтується на абсолютистському мисленні. Невротик ніби заплющує очі на респектабельні, приємні, сприятливі аспекти навколишнього і власного життя, бачить лише погані та жахливі. Це нерозсудливо, проте не означає, що люди взагалі не мають переживати негативних почуттів. А. Елліс чітко розмежовує «адекватні негативні емоції» (смуток, образу, страх, прикрість, жаль, гнів) і невротичні, депресивні переживання. На його погляд, люди природно засмучуються, коли їхні плани чи наміри не здійснюються або оточення оцінює їх гірше, ніж належить, або коли вони хворіють чи втрачають близьких. Та коли вони свідомо або несвідомо перетворюють свої бажання і цілі на безумовні вимоги та накази, починають переконувати себе в тому, що вони зобов'язані за будь-яких обставин домагатися успіху і задовольняти всі свої бажання, — саме тоді занурюються в депресію.

Також причиною депресії, на думку когнітивіста Л. Рема, є специфічне самоствалення, за якого людина схильна сильніше карати себе за прорахунки, ніж хвалити за успіхи, або коли одержана похвала здається меншою, ніж того варта справа. Прагнення до самопокарання (на відміну від самосхвалення) визнане патологічним у всіх варіантах психоаналізу і в когнітивній психотерапії.

«Самокаральна» поведінка може бути сприйнята як вольовий, мужній акт або як вправа, спрямована на виховання характеру. Для переходу її в невротичну депресію необхідний стрибок від спостереження до оцінювання, від побажання до розпорядження: «Я бачу, як жахливо бути (товстухою, бідняком з вищою освітою, провінціалом)»; «Я повинна приголомшити всіх своїм вбранням на наступній вечірці; якщо хтось виглядатиме краще, я вмру» тощо.

Люди впадають у депресію, гнів або лють і тоді, коли в їхньому житті мало несподіваних радощів, фортуни і випадкових успіхів — особливо якщо, на їх погляд,

сусідові або супернику щастить більше. Дефіцит позитивного підкріплення створює напругу, яка може розрядитися за будь-якого негативного емоційного стану.

Невроз може ґрунтуватись і на передбаченні майбутніх неприємностей. При цьому суб'єкт схильний приписувати негативним зовнішнім подіям внутрішні, стабільні і глобальні, причини, а якщо відбувається щось приємне, — він розцінює це як випадковість. Нереалістичні очікування катастроф особливо характерні для нестабільних і мінливих періодів життя.

Загалом, з погляду раціонально-емоційної терапії, причиною депресії та неврозу є такі життєві установки:

1) негативна самооцінка особи, яка сформувалася разом із переконанням, що наявність серйозних вад є свідченням непридатності, недолугості, неадекватності людини;

2) песимістичне сприймання людиною свого оточення, переконаність, що воно має бути значно кращим. Неможливість цього сприймається як щось надто неприйнятне, жахливе;

3) похмуре бачення свого майбутнього, в якому неминучі неприємності; визнання життя, сповненого випробувань;

4) низький рівень самосхвалення і висока схильність до самоосуду, поєднані з уявленням про те, що особистість зобов'язана бути досконалою, отримувати схвалення від інших, інакше вона не варта доброго ставлення і буде покарана;

5) очікування неприємностей, неспроможність упоратися з ними, що сприймається як катастрофа.

Скута ірраціональними установками особистість постійно перебуває в полоні негативних емоцій. Будучи неспроможною подолати їх, вона проявляє у поведінці безпорадну некомпетентність. Надавати допомогу таким клієнтам потрібно в кілька етапів: спочатку — прояснення абсолютистської системи аксіом, що блокують діяльність, потім — обговорення їх як гіпотетичних, вірогідних (а не абсолютистських). Крім того, пригнічені глибокими страхами, депресивні і тривожні клієнти потребують зміни загального погляду на світ — їм необхідно допомогти оволодіти філософією схвалення замість філософії обов'язку. Під час терапевтичних сеансів можуть прислужитися такі питання:

1. Чому ви повинні все робити добре? Хіба партнер (чоловік, начальник, коханий) відразу розчарується, якщо ви помилитесь? Усі люди час від часу помиляються. Звичайно, помилки потрібно виправляти, та хіба за них завжди і всіх слід карати? Хіба ваші друзі і близькі не вміють прощати?

2. Хто і коли сказав, що ви повинні відчувати схвалення кожного, в кому ви зацікавлені? Хіба ви зобов'язані всім подобатися? А якщо ви комусь і не подобаєтеся — невже це робить вас поганим? Вам подобаються далеко не всі люди, які трапляються. І вони живуть собі при цьому спокійно.

3. Припустімо, що ви звичайна посередня людина. Та хіба це означає, що ви обов'язково маєте бути нещасним? Можливо, ви справді не зробите нічого визначного. А хто сказав, що ви зобов'язані бути неабияким? Чому бути простою людиною жахливо? У світі мільйони таких людей, і більшість із них щасливі, задоволені життям.

Отже, розроблена А. Еллісом модель раціонально-емоційної психотерапії зосереджує увагу на процесах відповідності фактичного стану і поведінки суб'єкта його цінностям, думкам і установкам. Розлади між цими аспектами людського існування усуваються за рахунок свідомої рефлексії, роботи мислення, когнітивних процесів і здорового глузду.

7.3. Когнітивна модель А. Бека

Власну модель психотерапевтичної допомоги незалежно від А. Елліса розробив Аарон Бек (нар. 1921), опираючись на досягнення поведінкової психології.

Причину виникнення неврозів А. Бек убачає в порушеннях процесів опрацювання інформації. Він виділяє основні групи психологічних механізмів, у яких можливі порушення: когнітивні елементи, когнітивні процеси і когнітивний зміст.

Когнітивні елементи поділяють на базові інформаційні послання (сигнали, повідомлення), які містять глибинні уявлення про навколишній світ, інших людей, себе («я нікому не потрібна, мене ніхто не любить», «не можна вірити людям»), і автоматичні думки, що супроводжують перероблення інформації у

певний момент часу. Так їх названо через мимовільність, швидкоплинність і несвідомість. При цьому собі людина не обирає інформацію для роздумів, а зосереджується на ній мимовільно. Ці думки дуже відрізняються від усвідомлених, які передбачають певний контроль над предметом і логікою роздумів. Проте суб'єктивно вони здаються цілком правдоподібними.

Когнітивні процеси об'єднують базові посилення й автоматичні думки, вони забезпечують відповідність між новою інформацією і колишніми уявленнями. Наприклад: «Мене ніхто не любить, бо я неприваблива і дурна. А якщо хтось і полюбить, я не матиму з ним справи — у нього поганий смак».

Когнітивний зміст об'єднує елементи і операції навколо певної специфічної теми («Я сексуально неповноцінний», «Ніколи не вийду заміж» та ін.).

Клієнт — молодий викладач — звернувся до психотерапевта з такою проблемою. Він запросив старшу колегу на свою лекцію, довго і старанно перед цим готувався, але залишився незадоволений тим, як її прочитав:

«Усе вийшло жахливо, якнайгірше. Першу частину, про Канта, я читав, не відриваючись від конспекту. Студенти зрозуміли, що я цим матеріалом не володію. Про екзистенціалістів я намагався розказувати, але майже все забув, зім'яв. Звичайно, Тамара Михайлівна має рацію: треба вміти захопити слухачів. А я говорив монотонно. Я взагалі не можу так красиво говорити, як вона. Найгірший кінець: потрібно було подати підсумки, чіткі визначення, а я не встиг. І думку втрачав кілька разів. Добре, що більше нікого на лекції не було — забрали б у мене цей спецкурс. Поганий я викладач. Уже три роки працюю і не можу навчитися найпростіших речей. Я ніколи не читатиму лекції так, як мій науковий керівник. І навіть як Євген Володимирович. Він історик, гуманітарій, а я всього-навсього колишній інженер.

Адже готувався цілий тиждень, стільки всього прочитав. Хотів вразити ерудицією — і такий провал. Звичайно, все, що я читав, на її фоні — крапля в морі. Вона навіть не критикувала сильно, але видно, що жаліє мене, недолугого. Найгірше — це співчутливий тон.

А хвалила вона не заслужено, тільки для того, щоб мене підтримати. Насправді я знаю, які їй лекції подобаються. Якби вона сказала все, що думає про мою лекцію, я б, напевно, повісився. А вона, власне, майже нічого і не похвалила. Поблажлива іронія — це все, що я заслужив, моя справедлива оцін-

ка. Не вийде нічого з мене — викладач я слабкий, дисертацію не пишу і взагалі...».

У цьому прикладі автоматичні думки стосуються професійних умінь клієнта, базисне посилення якого таке: «Якщо я не вмію всього, що може мій науковий керівник, то як викладач я — нікчема». Когнітивні процеси (серед яких особливо виділяється необґрунтоване порівняння) знецінили все позитивне, що було на лекції, і перетворили сприйняття похвали колеги як іронії і жалості. Когнітивний зміст «Я поганий, слабкий викладач» додатково посилюється.

Серед основних логічних порушень, що супроводять автоматичні думки, найпоширеніші такі:

— довільний висновок («Студенти прогуляли мою лекцію. Це означає, що я нікчемний викладач»);

— вибірковість і надузагальнення («Під час моєї доповіді керівник вийшов. Він мною незадоволений і збирається мене звільнити»);

— «чорно-біле» мислення (схильність мислити в категоріях «усе — нічого», «прекрасний — жахливий», «святий — мерзотник»);

— персоніфікація (прагнення сприймати на власну адресу нейтральні висловлювання і дії: «Чого це вони заговорили про дурнів? Мене мають на увазі. Знущуються»);

— недооцінювання або перебільшення важливості окремих подій або вчинків.

Когнітивна терапія А. Бека розглядає роль неточної, невпорядкованої, надузагальненої і гіперболізованої інформації у процесі виникнення психологічних проблем. Якщо позбавити особистість патологічних когнітивних утворень, автоматичні думки, що спричиняють труднощі, можливо переглянути і позбутися тих, які шкодять впевненості чи самооцінці.

Когнітивна психотерапія починається зі спроби усвідомити автоматичні думки. Зосередившись на них, клієнт краще уявляє їх зміст і наслідки. Одна з технік, яку широко застосовують для цього, — *заповнення пропуску*, коли людина вчиться помічати послідовність зовнішніх подій і своїх реакцій на них. Наприклад, відбулася певна подія А: клієнтка зустріла на вулиці свою колишню однокурсницю, але та з нею не привіталася. У

результаті вона весь вечір відчувала смуток і безпричинну тугу (стан В). Необхідно знайти те, що заповнює пропуск між А і В. Ним можуть бути такі думки: «Ну ось, Ірина мене не помітила. Швидше за все, не впізнала. Значить, я дуже постаріла. А сама вона майже не змінилася. І одягнена, як завжди, шикарно. Звичайно, таких жінок, як я, середніх років, у дешевих пальтах і туфлях без підборів, ніхто не помічає. Ірина про таких говорила в групі — “тітки”. Я типова “тітка”, як не дивись». Усвідомлення ланки подій допомагає знайти причину туги, поведінки або депресивного стану, що стали звичним фоном буття.

Якщо клієнт уміє розпізнавати автоматичні думки і виявляти їх дезадаптивну сутність, він ставиться до них об'єктивніше, розуміє, як спотворюється в них реальність. Завдяки цьому він дистанціюється від їх руйнівного впливу.

Дистанціювання (лат. *distantia* — відстань) — здатність до об'єктивного розгляду автоматизмів (дій, які відбуваються без участі свідомості).

Здорові люди володіють здатністю відрізнити свої думки і погляди, гіпотези і припущення від реальних фактів і подій життя. У невротиків вона порушена, вони часто схильні наділяти особливим значенням події, які їх не стосуються, шукати свою причетність до них. Депресивна жінка відчуває провину не тільки за те, що підгорів пиріг, а й за дощ, що зіпсував заміську прогулянку. Параноїдальний директор вважає всі успіхи і досягнення своїх підлеглих етапами підступного плану, що мають на меті підірвати його авторитету. Тривожна мати не відпускає сина-підлітка гуляти і готова вести його в школу за руку через те, що в газеті написали про черговий стрибок злочинності проти неповнолітніх.

Переконати клієнта в тому, що він не завжди є центром усіх подій, допомагає використання техніки децентрації.

Децентрація (лат. *de* — префікс, що означає відміну, і *centrum* — центр, осередок) — подолання егоцентричності особистості завдяки зміні її поглядів, позицій при зіставленні їх із поглядами і позиціями інших людей.

Ця методика особливо успішна в групах, учасники яких здивовано переконуються в тому, що проблеми,

які здавалися їм унікальними, є досить типовими, а центром світових явищ, виявляється, вважає себе майже кожна людина.

Клієнт, який навчився перевіряти правдивість своїх думок, достовірність і точність висновків, стає не тільки реалістичнішим, а й ефективнішим. Для оцінювання таких ситуацій застосовують *валідність* — уявлення про те, наскільки певне правило, закон, формула виражають або характеризують предмет, для якого вони призначені. Оцінки і думки людей про навколишню дійсність також можуть бути валідними або невалідними. Людину з істотними когнітивними порушеннями і численними ірраціональними установками можна вважати психологічним інвалідом — це словосполучення вказує і на природу її проблем.

Уміння не плутати думки з реальністю — найважливіша складова психічного здоров'я та особистісного благополуччя. Першочерговим завданням раціонально-емоційної і когнітивної психотерапії є формування єдності досвіду і знання, спираючись на які, людина може керуватися розумом, здоровим глуздом у розв'язанні будь-яких найскладніших проблем, не обтяжуючи свою свідомість нав'язливими невротичними думками і почуттями. За специфікою цього підходу сильного терапевтичного ефекту можна досягати, навіть читаючи відповідну літературу, хоча працювати з терапевтом завжди краще, ніж навчатись самотужки.

В одній із праць А. Бека подано своєрідний «моральний кодекс доконечного невротика»:

- 1) я повинен бути найщедрішим, найтактовнішим, благородним, мужнім, самовідданим і красивим;
- 2) я повинен бути ідеальним коханцем, другом, батьком, учителем, студентом, чоловіком;
- 3) я повинен справлятися з будь-якою проблемою легко і з цілковитим самовладанням;
- 4) я повинен завжди вміти швидко знаходити розв'язання будь-якої проблеми;
- 5) я ніколи не маю страждати; я завжди маю бути щасливим і безтурботним;
- 6) я маю все знати, розуміти і передбачати;
- 7) я повинен завжди володіти собою і керувати своїми почуттями;
- 8) я завжди маю вважати винним себе; я не маю права завдавати болю ніколи і нікому;

9) я ніколи не маю бути втомленим або хворим;

10) я повинен бути завжди на піку ефективності.

Отже, когнітивний напрям у психотерапії ґрунтується на концепції класичної раціональності і т. зв. комп'ютерній метафорі, що розглядає психіку людини як складний пристрій для опрацювання інформації про навколишній світ. Психологічні проблеми і труднощі виникають унаслідок «збоїв» у дії пристрою, а когнітивна психотерапія ліквідує «збої» і забезпечує адекватне психічне та особистісне функціонування.

Когнітивна терапія А. Бека і раціонально-емотивна терапія А. Елліса не дуже різняться, акцентуючи певні аспекти когнітивної активності індивіда. А. Елліс вважає причинами неврозів ірраціональні когніції особистості, дефіцит позитивної підтримки і надмірну зосередженість на негативних очікуваннях. Модель А. Бека ґрунтується на уявленні про провідну роль абсолютистських вимог у виникненні неврозів; причини їх він убаचाє в порушеннях процесів опрацювання інформації і виокремлює три основні групи механізмів, у яких можливі «збої»: когнітивні елементи, когнітивні процеси і когнітивний зміст. Аналіз та перегляд ірраціональних настанов і невротичних зобов'язань допомагає особистості звільнитися від неадаптивних примусових реакцій і форм поведінки, а когнітивна психотерапія пропонує конкретні форми і способи таких оздоровчих для свідомості процедур.

Запитання. Завдання

1. Розкрийте суть комп'ютерної метафори у психотерапії.
2. Чим різняться психотерапевтичні підходи А. Бека і А. Елліса?
3. Яку роль відіграє кларифікація у раціонально-емотивній терапії?
4. Охарактеризуйте причину неврозів і депресивних станів за А. Еллісом.
5. Які аспекти аналітичного мислення можуть призвести до виникнення психологічних проблем за А. Беком?
6. Які категорії клієнтів більш схильні до використання когнітивної психотерапії?
7. Складіть перелік власних «правил невротика» і регулярно переглядайте вимоги до себе.

8.

Екзистенціальна психотерапія

У післявоєнні роки у європейській психотерапії сформувався екзистенціальний підхід. Згодом, у 60—70-ті роки XX ст. певний внесок у цей напрям зробила також антипсихіатрія Р. Лейнга. Засади екзистенціального підходу склалися під впливом філософії екзистенціалізму (М. Хайдеггер, Ж.-П. Сартр та ін.) та французької школи персоналізму (Е. Муньє, Г. Марсель, Е. Левінас), причому не стільки окремих положень, скільки їхньої ідеології і загального духу.

8.1. Специфіка екзистенціального підходу

Більшість психотерапевтичних напрямів має на меті змінити життєву ситуацію клієнта, окремі аспекти або погляд на власні проблеми. На відміну від них екзистенціальний підхід такої мети не ставить. Сутність його полягає у цілковитому прийнятті існування (екзистенції) клієнта, всебічному і доброзичливому розумінні його. Тому екзистенціальний психотерапевт не прагне жодних змін, хіба що власних.

Екзистенціальна (лат. existentia — існування) психотерапія — психологічна допомога, що ґрунтується на увазі, пошані і активному пізнанні терапевтом усіх особливостей і аспектів індивідуального буття (екзистенції) особистості клієнта, без наміру з'ясувати патологічні чи неефективні характеристики його життя, поведінки і діяльності.

Пацієнта навіть із серйозними порушеннями (помежовою патологією чи психозом), не кажучи вже про невротичний рівень розладу, трактують не як хворого, ураженого чи неповноцінного, а як інакшого, що живе у своєму особливому світі. Відповідно, він заслуговує не лікування (терапії) чи виправлення, а зацікавленості, розуміння і поваги. Терапевт прагне проникнути у внутрішній світ пацієнта, шанує його і не має наміру щось там виправляти.

Фундатори екзистенціальної психотерапії були не просто психотерапевтами, а лікарями-психіатрами (на Заході психіатрія і психотерапія досі мало розмежовані між собою). Цей напрям став викликом традиційній «карально-виправній» психіатрії, а також буденному погляду на психічний розлад як на те, чого треба соромитись і що слід приховувати. Антипсихіатрія Р. Лейнга теж ґрунтується на цьому принципі.

Для екзистенціальної психотерапії і психіатрії лікування хвороби невіддільне від її розуміння, а зрозуміти суть, феномен, ідею або досвід означає спілкуватися з об'єктом розуміння його мовою. Безпосередність і неминучість екзистенційної ситуації присутні в аналізі кожного конкретного випадку. Пацієнт з його особливостями і проблемами для екзистенційного терапевта — пригода життя, унікальна зустріч, загадка загадок.

За винятком дазейн-аналізу, в екзистенціальній психотерапії важко вирізнити окремі терапевтичні школи. Вона є радше системою поглядів, норм і цінностей, властивих певним авторам. До того ж деякі теоретики не практикували як терапевти, а визнані практики (крім Л. Бінсвангера) залишили дуже мало праць, серед яких переважають т. зв. кейзи — описи клінічних випадків.

Екзистенціальний підхід певною мірою споріднений із гуманістичним: праці Р. Мея, В.-Е. Франкла часто називають екзистенціально-гуманістичними, проте за змістом вони більше тяжіють до традиційних гуманістичних теорій. З огляду на сучасні тенденції в суспільстві екзистенціальна психотерапія має велике майбутнє.

8.2. Дазейн-аналіз

Єдиною чітко визначеною школою екзистенціальної психотерапії є дазейн-аналіз. Засновником цього підходу був швейцарський психіатр Людвіг Бінсвангер (1881—1966). Розуміючи життя як цілісний конкретний феномен в єдності минулого, сьогодення і майбутнього, він описував досліджувані явища в їх унікальному і цілісному особистісному змісті і внутрішньому контексті. Припускаючи, що розум конститує об'єкти досвіду навіть у разі глибокого емоційного переживання, він намагався дослідити, як людина ставиться в цей момент до об'єктів, що конститууються в такий спосіб. На його думку, відчуття є таким самим справжнім досвідом, як і все інше.

Бінсвангерівська модель терапії дуже своєрідна, вона розширює «смісловий горизонт» особистості, що унеможливорює усвідомлення витісненого, «загубленого». Центральним при цьому є поняття «дазейн» — упорядкування дійсності і спосіб, завдяки якому буття (суще) може стати доступним сутності. У цьому істотна відмінність дазейн-аналізу від аналітичної парадигми, що ґрунтується на багатократних інтерпретаціях і їх опрацюванні. Інтерпретації аналітика супроводяться і доповнюються розширенням суб'єктивного смислового простору пацієнта, тому розуміння в дазейн-аналізі часто виявляється повнішим, а терапевтичний ефект — глибшим. Крім того, екзистенціально-аналітичне мислення (саме так Бінсвангер визначав свій підхід) має справу зі структурою існування — тим, що сама особистість вважає справжнім, важливим.

Дазейн-аналіз (нім. Da-sein — тут-буття, буття-у-світі) — психотерапевтичний напрям, оснований на аналізі індивідуального буття людини, яке терапевт розглядає як термінальну цінність.

Основні методи у дазейн-терапії — вчування (вникнення в почуття), емпатійна увага і зацікавлене ставлення як до здорових, так і до патологізованих індивідуальних проявів, далеке від оцінювання і нозологічних класифікацій.

Специфічною ознакою екзистенціального підходу є категоріальна схема аналізу та реконструкції психологічних феноменів. Представник цього напрямку Генрі

Еленбергер (1905—1993) поряд із класичною психологічною тріадою поділу психіки на афект, інтелект і волю виокремив також *категоріальну феноменологію* — систему вимірів індивідуального життєвого світу, у межах якої можлива реконструкція внутрішнього світу клієнтів. Основними категоріями феноменології є:

1) «темпоральність» — відчуття того, як відбувається життя, актуальне переживання «тепер», цілісності буття в єдності минулого, сьогодення і майбутнього;

2) «просторовість» — орієнтоване відповідно до бажань і уявлень людини поле подій, речей, умов або якостей. Облаштований простір, за Бінсвангером, відповідає певним модусам життєвої активності особистості: відпочинку, пізнанню, коханню, споживанню тощо. Це не просто територія, на якій живе і працює особистість, а й емоційно-ціннісний вимір основних зон її життєдіяльності (наприклад, улюблений диван відрізняється від будь-якого ліжка, і спати або кохатися на ньому приємніше, ніж деінде);

3) «причинність» — зумовленість одних явищ іншими. Сфера причинності у людській свідомості містить три основні принципи: детермінізм (зумовленість), випадковість та інтенціональність (спрямованість вчинків та дій), за якими суб'єкт пояснює власні вчинки;

4) «матеріальність» — предметність, конкретне втілення у певній думці. Бінсвангер наполягав, що на цей вимір орієнтована індивідуальна система класифікацій клієнта: він може поділяти світ і речі на бліді і яскраві, тверді і м'які, чіткі і аморфні, живі і неживі тощо. Терапевт має діяти в межах запропонованої пацієнтом класифікації, хоч би якою екзотичною вона здавалась йому.

За цими категоріями відбувається реконструювання внутрішнього світу пацієнта у процесі психотерапії. Успішна реконструкція не просто відтворює його буття, а й дає змогу терапевтові увійти в цей світ, зрозуміти його, тобто побачити площину життя клієнта як осмислену, сповнену сенсом — хай навіть дивним і дуже відмінним від звичайного. Саме в цьому і полягає основне завдання дазейн-аналітика.

Дазейн-аналіз призначений для дослідження особистості і її світу ще до розподілу його на хворобу і здоров'я. Те, чого прагне дазейн-аналітик, неможливе у психоаналізі: представити феномени людського життя

без будь-яких пояснень чи класифікаційних схем, а просто як частини екзистенції, що вказують на ті сутнісні модуси, в яких дазейн сприймає, трансформує і конституює світ. З цього погляду психічний розлад виникає як модифікація фундаментальної або сутнісної структури, як одна з численних метаморфоз буття-у-світі.

Основні праці Л. Бінсвангера стосуються того, що психіатрія класифікує як патологічне. Він використовував поняття «екзистенційне апріорі» (лат. *apriori* — з попереднього) — первинність, самоцінність індивідуального сприйняття світу. Те, що людина відчуває, — це передовсім і понад усе не враження смаку, звуку, запаху або дотику, не речі або об'єкти, а значення, сенси, які уможливають екзистенцію і досвід. У значенні-матриці, всередині якої феномени виникають і співвідносяться з дазейном та конституюються Самість і світ, у крайніх випадках переважає тільки одна тема. У такому контексті психічне захворювання або розлад є всепроникною одноманітністю досвіду, гомогенністю символічного відгуку. Це означає, що весь досвід, усі сприйняття, знання збіднюються, а буття переходить у стан занедбаності.

Основним дазейн-аналітичним критерієм психічного порушення є ступінь підлеглості свободи дазейну владі чогось іншого. У невротика таке підпорядкування часткове: хоча його буття-у-світі підвладне одній або кільком категоріям, він постійно бореться за те, щоб дотримуватися власного самовизначення. Ця боротьба набуває форми дазейну, що відмовляється від деяких своїх можливостей для захисту від руйнування власного світу. Та оскільки вже сама така відмова означає початок розпаду (зменшення, звуження, спустошення) Самості, усі зусилля заперечують себе, і невротик відчуває себе спійманим. Спроба розв'язати проблеми призводить до ще більшого поглиблення їх.

Психотик іде далі і повністю підпорядковує себе владі невідомого. Ціна, яку він платить за зменшення досвіду занепокоєння, — втрата власного самовизначення. У разі психозу дазейн повністю підкоряється одному принципу світобудови: він більше не поширюється в майбутнє, не випереджає себе, обертається по вузькому колу, в яке його «закинули», знову й знову безплідно повторюючи себе. Модифікація сутнісної

структури — душевна хвороба — виникає через те, що дазейн перестає вільно ставитися до власної суті, тобто буття втрачає свою безпосередність, воно вимушене зіставляти себе з тим, як повинно бути, як нормально (або правильно), і відчуває себе не таким, як слід, — поганим, нікчемним, ненормальним тощо. Дазейн як розуміння стає підлеглим тому модусу занедбаності буття-у-світі, який Бінсвангер називав «самообраною не-свободою».

Модель терапії Бінсвангера досить радикальна у психіатрії. Його найвідоміші описи клінічних випадків (Лола Фосс, Елен Вест) становлять золотий фонд екзистенціальної терапії. Однак у повсякденній практиці психотерапевтичної допомоги цей підхід використовують дуже рідко. Можливо, через те, що більшості сучасних людей не вистачає терпіння, необхідного для реконструкції життєвого світу та його повноцінного розуміння «з них самих, а не з будь-яких власних уявлень чи теорій».

8.3. Психотерапевтичний потенціал творчості Ж. Батая

Відмінний від бінсвангерівського варіант екзистенціальної психотерапії викладено у працях французького філософа Жоржа Батая (1897—1962). Вказуючи на дві протилежні тенденції, що спрямовують людину — пекучу пристрасть і раціональну турботу про майбутнє, Ж. Батай наголошував, що раціональна турбота про майбутнє — лише засіб забезпечення життя, який ніколи не стане його метою.

Уся цивілізація залежить від розумного передбачення засобів забезпечення життя. Однак життя не зводиться до цих засобів. За межею раціональних засобів людина шукає їх мету, якою, за Батаєм, може бути лише відгук на жадання, пекучу пристрасть. Таку властивість людської сутності він називав *еротикою*.

Сутність людини, як вона дається в її сексуальності, що є виток і початком людини, ставить перед нею проблему, розв'язання якої веде до безумства. Образ

цього безумства даний у щонайвищому еротичному переживанні, в еротичному екстазі, оргазмі, який владно, як і смерть, позбавляє розуму.

Широке трактування еротики як людського прагнення наситити своє жадання частково подібне до фрейдівської концепції лібідо, проте Ж. Батай зосереджувався не на проблемах задоволення прагнень, а на тому, що істинна еротика є подорожжю на край можливостей людини. Внутрішній досвід і є такою подорожжю; здійснити її можливо, лише позбавившись обману і страху, надії на благополуччя і душевне здоров'я. Можна не йти цією дорогою, але якщо вирушити нею, доведеться відкинути будь-які авторитети і цінності, крім досвіду, який стає найвищою цінністю й авторитетом. Умовою такої подорожі є відкладання існування на потім заради пізнання. Говорити, думати, згідно з поглядами Ж. Батая, — означає ухилитися від існування: не вмирати, а бути мертвим, іти по вимерлому світу, де все занедбане, а життя відкладене на потім. Багатьом людям знайоме відчуття, ніби якась частина свідомості спостерігає за тим, що відбувається в житті особистості, планує і регулює, і цей план пожирає існування.

Подорож на край людських можливостей є зворотним боком розумного і розміреного свідомого існування, що становить фундамент сучасної цивілізації. К.-Г. Юнг, обговорюючи компенсаторну природу несвідомого, звертав увагу на абсолютне домінування функції свідомості в усіх сферах життя: без конкретності і спрямованості свідомого розуму були б неможливі наука, технологія і цивілізація, оскільки всі вони ґрунтуються на безперервності і спрямованості процесів, що відбуваються у свідомості. Проте спокійне і розмірене життя не завжди до душі людині. Пересичення, втомленість — надто поширена нині психологічна проблема. Багато психотерапевтів чули скаргу клієнтів на те, що «все начебто є, а життя немає». Аналітична психотерапія навряд чи допоможе розв'язати цю проблему.

У роботі з клієнтами психотерапевт, застерігаючи від крайнощів, долаючи проблеми, пропонуючи допомогу у важких життєвих ситуаціях, зміщує акценти на засоби замість мети. Непомітно і витончено він здійснює профілактику подорожі на край людських можливостей,

змусивши пацієнта замислитись над тим, що буде потім і навіщо ставати рабом пристрасті.

Міркуючи про можливості і наслідки психотерапії, необхідно показати клієнтові, як співвідносяться між собою психотерапевтична допомога і досвід-межа (термін М. Бланшо для позначення сутності внутрішнього досвіду у Ж. Батая). Терапія містить у собі допомогу, поради, позитивний досвід спілкування і взаєморозуміння, безоцінне схвалення, відповіді на питання, алгоритми отримання екзистенційно значущих знань, навиків і вмій, підтримку, теплоту тощо. Досвід-межа взагалі не є конструктивним.

Досвід-межа, за Ж. Батаєм, — це відповідь, яку одержує людина, якщо вона вирішила всерйоз засумніватися в собі. Це рішення, яке компрометує буття, виражає незмогу людини зупинитися ні на мить, ні на жодній насолоді або істині, ні на результатах дії, ні на знанні, ні на вірі. Проте ця пристрасть негативної думки не принижує людину, не вбиває її безсиллям, не засуджує до неможливості самоздійснення.

До екзистенційних потреб людини (у любові, розумінні, самоактуалізації, щасті) Ж. Батай додав ще одну — потребу бути всім. Задоволення цієї потреби з передчуттям досвіду-межі вимагає від індивіда панування над всіма категоріями знання, можливостей досконалого дискурсу, вільного від будь-яких форм пригнічення. Дії, що спонукають людину до цього, будуть чистою «негативністю»: суб'єкт досягає задоволення, зважившись на постійну невдоволеність, він доходить до досконалості, оскільки йде до краю самозаперечення. Можна сказати, що він торкається абсолюту, оскільки знаходить можливість і силу перетворювати в дію негативність, ніщо.

Інакше кажучи, досвід-межа — це досвід бажання людини без бажань, досвід невдоволеності повністю задоволеного суб'єкта, це пекуча пристрасть чистого ушкодження, де наявне звернення буття, всемогутності і всезнання. Не тільки Батай, а й інші мислителі наголошують на духовному, містичному характері внутрішнього досвіду. Досвід схоплення людської суті багато разів піддавали філософській рефлексії, але порівняно рідко досліджували як безпосередній досвід

переживання. Психотерапія, прагнучи позбавити особистість негативності, перешкоджає виразу людської суті як вічного недоліку, ушкодження, вади (Ж. Лакан називав це пусткою), що дає право і сміливість засумніватися в собі.

Наявні у внутрішньому досвіді наполегливість неробства і марноту знання (слова), необхідність витрат і затишок провалу важко умістити в межі психологічної теорії або філософської системи, але без цього неможливо привнести в людську екзистенцію разом з повнотою буття його пустку. Досвід-межа, за Батаєм, є досвідом пустки, що на краю всякої наповненості, досвідом того, що перебуває зовні всього, коли усувається кожне зовні, того, що потрібно досягти, коли всього досягнуто, що треба пізнати, коли все пізнано: найнедоступнішого, найневідомішого.

У певному розумінні досвід-межа є особливою формою досконалості, способом завершеного буття, але з маленькою щілинкою, крізь яку все, що є, у будь-який момент раптово викидається, випліскується, виривається назовні силою несамовитої надмірності. Екстатичний характер цього досвіду не заперечує, а стверджує його інтелектуальну значущість: втрата свідомості в екстазі є «схоплюванням» власної суті на межі розриву і втрати всього. Внутрішній досвід, досвід-межа, не становить користі або цінності, не несе задоволення, він, за Батаєм, «вивільняє із значення сукупність людських можливостей... аж до того вмирання, з якого ми черпаємо свої останні істини».

Людина намагається зробити своє життя комфортним і матеріально, і психологічно, підмінюючи для цього мету життя його засобами, намагаючись зробити свій побут і взаємини з людьми зручними і в усьому вбачаючи щастя. Однак це не може позбавити її страждань і смерті. Тільки досвід-межа може звільнити особистість від ілюзії задоволеності / незадоволеності існуванням, від утішальної брехні, якою почасти буває і психотерапія.

Навряд чи варто пропагувати подорож на край людських можливостей і пізнання досвіду-межі, адже вони мають руйнівний характер. Проте такі форми поведінки існують і, як і будь-які інші, можуть чогось

навчити людину або лишити в неутті. У психотерапії, окрім внутрішнього досвіду-межі, є інші альтернативи, як поняттю «хворіти» однаково протиставляються слова «померти» і «одужати».

Екзистенціальний напрям не схожий на інші психотерапевтичні підходи. Він відрізняється передовсім ідеологією, етосом, тобто цінностями та засобами їх обстоювання. Ігноруючи розподіл проявів людської психіки на «нормальні» і «патологічні», наголошуючи на цінності й неповторній унікальності будь-якого способу буття і навіть небуття, екзистенціальний підхід повертає терапевта до мало згадуваної у психології і медицині максими датського філософа Серена К'єркегора (1813—1855): існує буття (екзистенція), існує також система — впорядкована сукупність рефлексивних наукових категорій і методів, за допомогою яких людина прагне дослідити власну екзистенцію; але те, що стає частиною системи, втрачає якість екзистенції. Або, як пише сучасний російський філософ Валерій Подорога, «буття в універсальній повноті своєї присутності не може бути схоплене у процедурах рефлексії».

Запитання. Завдання

1. Охарактеризуйте сутність екзистенціального підходу в психотерапії.
2. У чому полягає специфіка дазейн-аналізу?
3. Чому дазейн-аналіз більш поширений у психіатрії, ніж у роботі з психічно нормальними людьми?
4. Який зміст Ж. Батай вкладав у поняття «еротика»?
5. Розкрийте сутність досвіду-межі. Чи ви коли-небудь його випробували?
6. Який терапевтичний потенціал може мати подорож на край людських можливостей?
7. Як ви можете пояснити певне заперечення психотерапевтичної допомоги екзистенціальною парадигмою трактування людської природи?

9.

Гуманістична психотерапія

У середині ХХ ст. як альтернатива психоаналізу і поведінковій психотерапії сформувався гуманістичний підхід. Часто його розглядають як «третій шлях» розвитку психотерапевтичних методів. Потяг до гуманістичних ідей зумовлений прагненням деяких психологів і терапевтів знайти нові пояснювальні моделі душевних патологій і зцілення людини.

9.1. Основні положення гуманістичного підходу

Кризовий досвід світових воєн, а також результати психологічних досліджень виявили обмеженість механістичних і біологічних стратегій у поясненні природи людської поведінки. Жорсткий детермінізм (зумовленість), використовуваний раніше в поясненні психопатологічних і соціальних явищ, дедалі менше задовольняв дослідників, і це спонукало їх шукати інших пояснювальних стратегій і способів організації терапевтичних відносин. Однією з таких стратегій став гуманізм.

Розвиток гуманістичних ідей у психотерапії пов'язаний з постатями Гордона Олпорта (1897—1967), А. Маслоу, К.-Р. Роджерса, Ролло Мея (1909—1994), В.-Е. Франкла, Дж. Б'юджентала (1915—2008) та ін. Гуманістичний рух був спробою показати життя і поведінку людини як систему, в якій суб'єктивні цілі, цінності і значення є визначальними для побудови життєвих стратегій і для всієї соціальної взаємодії. У зв'язку з цим людину почали трактувати як «істоту», що переживає, поведінку якої детермінують не вроджені біологічні програми, інстинкти та несвідомі прагнення, а інтенціональність і чуттєвість, цінності, почуття і сенси.

Гуманістична (лат. humanus — людяний) психотерапія — напрям психотерапії, який оснований на апріорно позитивному розумінні людської природи і розглядає психосоматичні симптоми та психологічні проблеми як наслідок обтяжливого соціального впливу, несприятливих умов розвитку.

Основним коригувальним фактором представники гуманістичних шкіл вважають емоційно збагачені, турботливі, доброзичливі й рівноправні психотерапевтичні відносини без урахування трансферентного аспекту.

Гуманістична психотерапія розглядає людину як вільну істоту, здатну обирати способи здійснення свого життя. З огляду на це терапевтичні зусилля представники гуманістичного підходу спрямовують радше на особистісне зростання та актуалізацію потенціалу до самоцілення, ніж на лікування симптомів. Терапевтичною метою є досягнення максимальної усвідомленості як інтегральної якості людської природи і вищого стану свідомості. Патологічні реакції при цьому інтерпретують як щаблі психологічного розвитку особистості.

Один із засновників екзистенціально-гуманістичного підходу у психотерапії, Дж. Б'юдженталь, зазначав, що найважливішим фактом людського життя є суб'єктивне як елемент, що формує різноманіття інтенцій особи. Зміст цих інтенцій є таємницею, з якою має справу психотерапевт при кожній зустрічі з клієнтом. Тому сфера застосування психотерапевтичних зусиль — це сфера суб'єктивного, і кожна терапевтична подія, що впливає на клієнта, є для нього суб'єктивно значущим переживанням. Інтенціональність кожної людини формується і проявляється по-своєму.

Інтенціональність (лат. *intentio* — намір, прагнення, спрямованість) — базова сенсотвірна спрямованість свідомості до світу, що полягає у формуальному ставленні до предмета і прагненні особистості реалізувати власні наміри.

Інтенціональний суб'єктивний сенс має характеристики, значущі для терапевтичного аналізу та екзистенціального оцінювання особистості:

1) множинність значень (полісемантичність);
2) неповна піддатливість вербалізації. Лише частина цих значень може бути висловлена у мовленні, більшість існує як довербальні чуттєві констеляції (угруповання), асоційовані з когнітивними, афективними і тілесними процесами, що формують постійне «джерело» становлення і реалізації суб'єктності людини;

3) змінюваність. Дані асоційованих констеляцій не мають фіксованих меж, перебувають у постійній взаємодії і взаємозлитті, внаслідок чого кількість потенційно можливих смислових комбінацій досягає нескінченності (що забезпечує отримання сенсу в будь-якій ситуації за адекватного функціонування свідомості);

4) відкритість. Внутрішній світ особистості може бути нескінченно відкритим до неусвідомленого матеріалу, і тому будь-який смисл може бути інтегрований і стати частиною усвідомлюваної суб'єктності.

Суб'єктивний вимір людини цілісний, безконфліктний і наділений енергією, що спонукає її до саморозвитку і самотрансценденції, допомагаючи долати психологічні кризи. Суб'єктивне — це внутрішня, особлива реальність, в якій людина живе максимально достовірно. Водночас особистість не ізольована у своєму суб'єктивному світі, а завжди відкрита новому досвіду і можливості контакту з іншими людьми. Розвиваючи ці ідеї, психологи (Е. Сьютіч, С. Гроф, А. Вотс, К. Вілбер) дійшли здогаду про те, що суб'єктність одних людей на глибинному рівні переплетена і тісно пов'язана із суб'єктністю інших. Можливість глибинного контакту і взаєморозуміння між людьми відкриває перспективи подальшого становлення і розвитку людини, дає сили для подолання відчаю, тривоги і страху, пов'язаних із природою існування.

Кризи перебування людини у світі (екзистенційні кризи) можуть позбавити її *відчуття екзистенційних опор* — відчуття реальності, детермінованого внутрішніми

цінностями, цілями і сенсами життя, — внаслідок чого вона відчувається безпорадною і змушена шукати нові способи існування. Психотерапія допомагає пройти через такі кризи, через екзистенційну безвихідь, що супроводиться відчаєм, і знайти нові сенси життя.

Однією з причин складності/неможливості подолання безнадії є ригідність (негнучкість) зразків і сценаріїв, за якими суб'єкт живе у світі. Система внутрішніх меж інкапсулює (відмежовує) суб'єкта, обмежуючи репертуар його дій і реакцій. Гуманістично орієнтований терапевт має помітити і звернути увагу клієнта на такі внутрішні обмеження, а також допомогти їх подолати. Один зі способів — зміна уявлень суб'єкта про себе і власний потенціал. Трансформація торкається таких аспектів активності особистості:

1) деструктивні і редукувальні конструкти, задіяні в самоописі суб'єкта;

2) обмежувальний індивідуалізм, який дистанціює людину та ізолює її від інших, призводить до розвитку патологічної самотності й аутизації особи;

3) нерозвиненість і обмеженість рефлексивних функцій, відсутність у діях здорового глузду, спокою і впевненості;

4) заблокованість внутрішніх ресурсів, відсутність перспектив і можливостей, вузькість погляду на життя.

Гуманістичний підхід тотальний за своєю природою і ґрунтується на ідеях щодо цілей і завдань психотерапевтичної роботи. Його методологічні позиції можна узагальнити в таких основних положеннях:

1. Людина цілісна, наділена внутрішньою єдністю, вона гідна довіри, позитивна, реалістична і прагне актуалізації свого психічного потенціалу.

2. Людина унікальна, тому у психотерапії неможливі узагальнення та абсолютизації, що виражаються у формулюванні домінуювальних і універсальних стратегій психотерапевтичної допомоги; цінністю є людська індивідуальність.

3. Первинною психологічною реальністю є переживання людини, узагальнені в життєвому досвіді.

4. Життя людини розгортається від безглуздя і безцільності до значення і сенсу.

5. Негативні переживання, невротичні реакції і психічні обмеження виникають унаслідок пережитого негативного досвіду; терапія відкриває доступ до забло-

кованих можливостей, забезпечуючи особистісне зростання індивіда.

6. Людське життя — єдиний упорядкований процес, спрямований на реалізацію власного внутрішнього психічного і духовного потенціалу (тенденція до актуалізації); це можливо і природно у зв'язку з доступністю досвіду самореалізації.

7. Природа людини індетермінантна (необмежена) і спонтанна у своїй логіці, що прагне досягнення повноти самовираження.

Представники багатьох психотерапевтичних підходів гуманістичної спрямованості використовують ці положення як системотвірні принципи.

9.2. Напрями гуманістичної психотерапії

Серед усіх напрямів психотерапії гуманістичний є найбільш різноманітним і еклектичним. Якщо розглядати його широко, то він охоплює більшість підходів, які не можна зарахувати до психоаналітичних і когнітивно-поведінкових. До гуманістичного напрямку поряд із традиційними підходами, такими як клієнт-центрована психотерапія (К.-Р. Роджерс), логотерапія (В.-Е. Франкл), екзистенціальне консультування (Р. Мей), гештальт-терапія (Ф. Перлз), належать психосинтез (Р. Ассаджіолі), психодрама (Я. Морено), трансакційний аналіз (Е. Берн), а також багато напрямів тілесно-орієнтованої і арт-терапії. Загалом ці підходи пов'язують між собою недирективний характер та зорієнтованість на актуальну проблематику клієнта.

Клієнт-центрована психотерапія

Автором недирективного, тобто клієнт-центрованого підходу, є американський психолог Карл-Ренсом Роджерс (1902—1987), який активно впроваджував у психотерапевтичну практику фундаментальні ідеї суб'єктивізму, стверджуючи, що людина живе в суб'єктивному світі, і все її функціонування є закономірним

наслідком реалізації суб'єктивних цілей і вибору. Саме акцентування на суб'єктивному в психотерапії зумовило появу терміна «клієнт-центрована психотерапія».

Клієнт-центрована психотерапія — напрям, орієнтований на актуалізацію за допомогою розуміючого і глибоко особистого контакту між клієнтом і терапевтом уродженої тенденції організму і психіки до розвитку, самоорганізації і самозбереження з метою досягнення внутрішньої гармонії і задоволеності життям.

К.-Р. Роджерс переглянув позиції пацієнта у психотерапії, запропонував поняття «клієнт» для опису рольової позиції суб'єкта терапевтичного впливу, утвердивши визнання особистого потенціалу пацієнта, його самостійності й активності у процесі зцілення. Це потребує іншої форми комунікації між клієнтом і терапевтом порівняно з психодинамічною терапією, для якої клієнт є пацієнтом, або з поведінковою терапією, де він — об'єкт оперантного навчання.

Сутність центрованої на клієнті терапії полягає в такій побудові контакту психотерапевта із клієнтом, за якої пацієнт сприймає терапію не як лікування і вивчення з метою діагностування, а як глибоко особистий досвід. Тому під час її реалізації особливого значення набувають відчуття, що пробуджують людські взаємини, передбачають щирість і обопільну відвертість. Для цього потрібно володіти розвинутою терапевтичною інтуїцією.

Основним рушієм позитивної динаміки терапевтичного процесу є тенденція до актуалізації і подальшої реалізації внутрішнього потенціалу особистості. К.-Р. Роджерс розглядав людську природу з позицій цілісності і вродженої мудрості, здатної спрямувати особу на шлях зцілення. Завдання терапевта зводиться до формування умов, за яких цей потенціал може бути актуалізований, оскільки всі психологічні і соціальні перепони, які йому заважають і спонукають його звертатися за психологічною допомогою до фахівців, спричинені блокуванням прагнення актуалізації власного психічного потенціалу.

Процес обмеження природних імпульсів автентичного саморозкриття блокується помилковими уявленнями про власне Я. Сформульоване Роджерсом поняття «Я-концепція» стало основою клієнт-центрованої терапії.

Я-концепція особистості — стійка система уявлень особистості про себе, яка ґрунтується на усвідомленні й оцінюванні своїх фізичних, характерологічних та інших властивостей; інтегрований образ власного Я, на основі якого людина формує свої стосунки з іншими людьми.

Уявлення, що мають переважно когнітивний, інтелектуальний характер, можуть не відповідати власним переживанням, досвіду і відчуттю Я. Тому важливою метою психотерапії є допомога клієнтові у досягненні стану конгруентності між внутрішніми аспектами Я і Я-концепцією і за необхідності — реорганізації Я-концепції.

Конгруентність (лат. *congruens* — збіг) — рівнозначність, взаємодповідність якісно рівноцінних станів, процесів або переживань.

Це одне з центральних понять у більшості напрямів гуманістичної психотерапії. У клієнт-центрованій терапії воно також визначає міру відповідності Я-реального Я-ідеальному. Конгруентність асоційована внутрішньою достовірністю, реалістичністю, відвертістю, природністю особистості. Ідею конгруентності добре ілюструє формула дзен: «Коли я голодний, я їм; коли я втопився, я сиджу; коли я хочу спати, я сплю». **Неконгруентність** — наявність відмінностей між усвідомленням, досвідом переживань і когнітивними складовими цього досвіду. З погляду динаміки особистісних переживань конгруентність визначає стан, у якому різноманітні психічні зусилля і процеси злагоджені між собою. Цей стан характеризується відсутністю внутрішніх директив, що визначають модус «я повинен», і домінуючою спонукальною силою щодо дій і рішень. Конгруентність особистості виражається в її здатності бути автентичною собі, тобто справжньою. Передовсім вона має бути властива особистості терапевта, що виражається в здатності передати клієнту власні почуття і переживання. Неконгруентність є проявом застою в саморозвитку, порушенням процесу інтеграції подій у досвіді.

Автентичність є інтеграційною характеристикою особистості. К.-Р. Роджерс витлумачив її як здатність людини у спілкуванні відмовлятися від різних соціальних ролей (психотерапевта, професіонала, педагога, керівника тощо), виявляючи справжні, природні власні думки, емоції та поведінку. Така здатність є природною складовою ефективного людського спілкування. З

погляду інших гуманістично орієнтованих авторів синонімічні автентичності поняття «свобода особистості» (Г. Олпорт), «самоактуалізованість» (А. Маслоу), «цілісна особистість» (Ф. Перлз). Роджерс як синонім використовував також поняття «повноцінно функціональна особа».

Конгруентність і автентичність є важливими умовами терапевтичних відносин, що потребують природності реакцій на дії і переживання клієнта: не можна допускати уникнення і придушення його емоцій у процесі терапії. Клієнта і терапевта слід розглядати як рівноправних і автентичних суб'єктів, що перебувають у спільному полі інтеракцій і приймають особистісні позиції і погляди один одного.

Психотерапевтичний контекст пов'язаний також із концепцією «присутності». Терапія буде ефективною лише в разі контактування терапевта зі своїм внутрішнім Я, що дає змогу ефективніше налагоджувати контакт із внутрішнім інтуїтивним Я клієнта. Така взаємна присутність сприятиме внутрішньому звільненню клієнта і допоможе йому досягти стану природної достовірності. Концепція присутності передбачає здатність терапевта досягати зміненого стану свідомості, за допомогою якого і здійснюється контакт зі своїм інтуїтивним Я, що сприяє психологічному зростанню клієнта.

Однією з умов зцілення і можливості автентичного контакту є здатність терапевта до безумовного позитивного схвалення клієнта, пов'язана з виявом турботи, пошани і позитивної оцінки. К.-Р. Роджерс був переконаний, що процес конструктивних змін клієнта є природним, може мати спонтанний характер і забезпечується мінімальними правильно структурованими зусиллями. Безумовне прийняття клієнта і позитивне ставлення до нього пов'язане з готовністю до схвалення і віддзеркалення будь-яких його почуттів, що вимагає щирості терапевта. Чим відвертіший терапевт у відносинах із клієнтом, тим більше це допомагає йому; для цього терапевту необхідно знати власні почуття настільки добре, наскільки це можливо, а не висловлювати певне почуття або думку, відчуваючи на глибинному чи підсвідомому рівні щось інше.

Прийняття людини зі всіма її можливими вадами і проблемами — безумовна терапевтична цінність, що

передбачає повагу до життєвого досвіду особистості незалежно від того, наскільки він позитивний і несуперечливий. Позитивне ставлення до особистості клієнта дає йому відчуття захищеності і комфортності в терапевтичній роботі і є важливою частиною «відносин допомоги».

Здатність відчувати і розуміти те, що відбувається з особистістю клієнта в конкретний момент, пов'язана з емпатією. Її Роджерс розглядав як здатність сприймати внутрішній світ іншого зі збереженням емоційних і смислових відтінків, неначе стаючи цим іншим, але без втрати відчуття «неначе», бо в такому разі виникає стан ідентифікації з переживаннями клієнта.

Емпатія передовсім потребує відчуття переживань і емоційних реакцій клієнта. Вона має стосуватися смислових компонентів особистості і когнітивних аспектів проблемних зон. Потребує вона і відчуття соматичних реакцій, демонстрованих клієнтом у моториці, міміці і виявом вегетативних процесів, тобто психосоматичного резонансу.

Психосоматичний резонанс — психосоматичний відгук у тілі терапевта на процеси й реакції, що відбуваються в тілесній сфері клієнта у процесі психотерапії.

Основне терапевтичне завдання емпатії полягає в посиленні схвалення і розуміння клієнта, що сприятиме передачі йому досвіду розуміння його проблемної ситуації. Психотерапія стає найефективнішою тоді, коли терапевт виявляє сензитивну, інтуїтивну емпатію, турботу про клієнта і конгруентність, тобто природність і справжність у своїх почуттях.

Отже, основними терапевтичними механізмами у клієнт-центрованій терапії є: емпатія (всебічне тілесне і ментальне розуміння клієнта); безоцінність і необмежене схвалення; внутрішня узгодженість (самоконгруентність і достовірність); саморозкриття терапевта.

Усі терапевтичні зусилля щодо конструктивних змін особистості клієнта пов'язані з актуалізацією природної мотивації до змін. Терапевт повинен допомогти клієнтові використати терапевтичні відносини для власного розвитку. Така впевненість пов'язана з вірою К.-Р. Роджерса в наявність у людини здатності і тенденції (явної чи потенційної) рухатися до зрілості. За правильно структурованих терапевтичних відносин ця тенденція вивільняється і стає не потенційною, а актуальною, що допомагає

людині розуміти ті аспекти свого життя, які раніше завдавали їй дискомфорту і спричиняли незадоволеність.

Розвиваючи ідеї К.-Р. Роджерса, американський психіатр і психотерапевт Мюррей Боуен (1913—1990) зробив основні припущення щодо природи людини, які характеризують розвиток її духовного потенціалу і визначають позицію терапевта стосовно клієнта:

1) тенденція до самодетермінації — здатність обирати те, що надалі поліпшить якість життя особи і життя людей навколо неї;

2) принцип саморегулювання, який припускає наявність у людини природного ритму розвитку і природної здібності до самозмін, відновлення своєї психологічної цілісності;

3) існування Внутрішнього Я, яке визначає «духовні горизонти» особи та перспективи самопізнання і дає для цього необхідні ресурси.

Духовний аспект особистісного розвитку характеризується можливістю *самотрансценденції* — виходу за межі власного Я та інтеграції з абсолютним полем реальності (універсумом). Цю проблему висвітлено в пізніх працях К.-Р. Роджерса, дослідженнях А. Маслоу, роботах сучасних ідеологів трансперсональної психології (С. Грофа, К. Вілбера, Ч. Тарта) і теологічній концепції сенсу В.-Е. Франкла. У цьому контексті психотерапія є процесом, що реорганізує та впорядковує відносини особистості з універсумом через контакт із внутрішнім Я.

Логотерапія

Однією з глибинних характеристик людської природи є пошук сенсу вчинків і життя загалом. Цими питаннями людство переймалося на всіх етапах свого розвитку. В останні десятиліття поняття «сенси» стало в психотерапії одним із основних. Важливу роль у цьому відіграв австрійський психолог, психіатр Віктор-Еміль Франкл (1905—1997), який розробив метод екзистенціального аналізу — логотерапію.

Логотерапія (грец. *logos* — сенс, знання і *therapeia* — лікування) — метод психотерапії, що ґрунтується на системі філософських, психологічних і медичних поглядів на природу людини, центральним компонентом якої є прагнення до сенсу.

Це прагнення є альтернативним порівняно з концепцією прагнення до задоволення (З. Фройд). Як фундаментальна мотиваційна сила прагнення до сенсу безпосередньо пов'язане зі свободою волі людини. Антропологічна концепція Франкла представляє людину як єдність трьох ортогональних (перпендикулярних) вимірів:

1) соматичного виміру, пов'язаного з підтриманням тілесної функціональності;

2) психічного виміру, пов'язаного з динамікою психічних процесів (афектів, комплексів, потягів);

3) ноотичного (грец. *noos* — роздум) виміру, що виявляється в духовній силі і в прагненні до сенсу.

Ноотичний модус характеризує глибинну сутнісну природу людини, яка відрізняє людське від тваринного. Людина здатна піднятися вище за площину тілесних і психічних умов свого існування. Цим вона відкриває новий вимір і вступає у сферу ноотичного, у протистояння тілесним і психічним феноменам. Вона набуває здатності займати певну позицію не тільки відносно світу, а й стосовно себе.

Ключовий досвід, що вплинув на розвиток теорії логотерапії, Франкл пережив у період перебування в концентраційних таборах Дахау та Освенцім, куди він потрапив у 1942 р. Вжити в подібній ситуації йому допомогла психологічна і духовна позиція. Цей досвід став визначальним для його особистості і подальших професійних поглядів. У результаті Франкл дійшов висновку, що «сенси у житті є не просто життєво важливим, але в надзвичайній ситуації навіть наджиттєво важливим». При цьому сенс існує і функціонує не як абстрактне явище, а як сенс життя конкретної особистості в конкретний момент. Людина може відповідати тільки за своє життя; для цього вона повинна прийняти відповідальність за нього — саме у відповідальності логотерапевтичний метод вбачає найістотніше, що є в людському існуванні. Прагнення до сенсу і відповідальності підкріплюється усвідомленням двох екзистенційних чинників, властивих людській особистості: її смертності і свободи. Усвідомлення свободи дає змогу здійснювати процеси самотрансценденції, пов'язані зі спробами виходу за межі умовностей існування і за межі власного Я. Страждання, які відчуває людина

впродовж життя, пов'язані з неможливістю виходу за межі умовностей існування і подолання власної індивідуальної суб'єктності.

Істотним нововведенням у практику психотерапії і систематику патологічних феноменів, що характеризують психічну динаміку людей ХХ ст., стала концепція *ноогенних неврозів* — неврозів, спричинених конфліктами між різними цінностями, сенсами, а також їх із етичними нормами людини. Ознаками наявності ноогенного неврозу є страждання, втрата сенсу і життєвих орієнтирів.

Ноогенні неврози є наслідком *екзистенційної фрустрації людини* — втрати прагнення до сенсу і свідомості життя. На переконання Франкла, їх слід відрізнити від психогенних неврозів, бо вони формуються в ноогенній сфері, де основним носієм сенсів і значень є розум. Пошук сенсу — складне екзистенційне завдання, яке викликає в людини більше напругу, ніж внутрішню рівновагу і спокій. Однак саме така напруга дає відчуття життя і характеризує ступінь психічного здоров'я; вона пов'язана зі співвідношенням того, чого людина вже досягла, і того, що їй ще потрібно здійснити.

Процес пошуку сенсу можуть істотно гальмувати внутрішні обмеження і бар'єри, пов'язані з *гіперрефлексією* (схильністю до надмірного самоаналізу) та *гіперінтенцією* (схильністю приділяти надмірну увагу задоволенню бажань). Втрата сенсу і обмеження у власному Я призводять до *екзистенційного вакууму*, пов'язаного з відчуттям нудьги існування і внутрішньої спустошеності. Переживання сучасними людьми екзистенційного вакууму зумовлюють:

- 1) підвладність несвідомим поведінковим програмам, які спонукають до певних дій, що заповнюють простір життя незалежно від волі і бажань людини; вона стає схильною до гальмування ноогенної активності, тобто до придушення прагнення знайти сенс;
- 2) усталені суспільні традиції, соціальні конвенції і цінності, які не мотивують людину шукати сенс і не підказують напрям пошуку; часто суспільство зацікавлене в конформності суб'єкта, тоталітарному підпорядкуванні і репресуванні його волі;
- 3) редукція та звуження перспектив розвитку людини, коли її природу зводять до набору інстинктів, пра-

гнень і біологічних програм, що формують реакції, тим самим програмуючи її на нездатність ухвалювати незалежні, автентичні рішення і робити самостійний вибір.

Незадоволення однієї з базових людських потреб — потреби в сенсі життя — є причиною *масової невротичної триади*: депресії, наркоманії та агресії. Ці реакції, зумовлені внутрішньою спустошеністю і безглуздя, можна вважати клінічними ознаками неврозу, що охопив західну цивілізацію.

Логотерапія має на меті допомогти пацієнту у пошуках та усвідомленні прихованого сенсу власного життя шляхом його аналізу. На відміну від психоаналізу, вона не обмежується вивченням несвідомої динаміки і прагнень, а фокусується на духовних реаліях, зокрема потенційних сенсах клієнта і його волі до сенсу. За Франклом, існують такі способи здобуття сенсу:

1) дії, спрямовані зовні, наприклад творча діяльність (цінності творчості);

2) переживання, відчуті людиною (цінності переживань і любові);

3) певна особиста позиція стосовно долі і подій, які людина неспроможна змінити: невиліковна хвороба, не виправна втрата, термінальний стан, смерть (цінності відносин).

З огляду на це основне завдання логотерапії полягає у фокусуванні спільної уваги терапевта і клієнта на пошуках і здобутті сенсу. Для цього Франкл розробив основні логотерапевтичні методи: парадоксальну інтенцію і дерефлексію. Обидва ґрунтуються на посиленні тенденцій до самотрансценденції і самовідчуження.

Парадоксальна інтенція рекомендована для пацієнтів з obsесивно-компульсивними і фобійними розладами, які супроводяться вираженням почуттям тривоги або нав'язливими страхами. Суть цього методу полягає в тому, що клієнт повинен захотіти здійснення того, чого він боїться (у випадку фобії), або щоб він сам здійснив це (при obsесивних станах). При цьому парадоксальну пропозицію краще сформулювати в гумористичному контексті. І фобії, і obsесивні реакції (нав'язливі переживання) пов'язані з прагненням уникнути страхотливих ситуацій, тобто з гіперінтенцією стосовно їх. Цей прийом дає змогу подолати невротичну гіперінтенцію через її парадоксальне посилення.

Жінка 29 років звернулася на консультацію з такими симптомами: у неї сильно напружується шия (переважно права половина), внаслідок чого голова зміщується вправо, зменшується її рухливість, і цей нахил супроводжується тремором голови. Як правило, така реакція виникає в оцінних ситуаціях, наприклад під час іспиту або заліку, на семінарах (клієнтка здобуває другу вищу освіту із психології). Віднедавна тремтіння голови почало з'являтися в менш значущих ситуаціях: коли клієнтці необхідно було зробити паспортну фотографію і фотограф попросив її трохи повернути голову вправо, у неї відразу підвищився тонус м'язів, і зробити цього нормально вона не змогла. При цьому тремтіння голови стали помічати люди навколо.

Як з'ясувалося у процесі терапії, такий симптом пов'язаний із почуттям тривоги й занепокоєння (можливо, страху) через фантазії про власну безпорадність у значущих ситуаціях. Сама моторна реакція також спричинює тривогу, оскільки може бути помітна навколишнім.

Під час бесіди терапевт помітив, що клієнтка уникає дивитися в очі і відводить голову вбік, і звернув на це її увагу.

К.: Так, я й сама зауважувала, що мені складно дивитися в очі. Недавно усвідомила, чому саме... Це було давно. Мені було тоді років 7. Ми жили в К. (назва міста) з мамою і батьком. Батько пиячив, гуляв, бив маму й мене...

Розповідаючи це, клієнтка бентежиться, опускає очі й починає плакати.

Т.: Я розумію, як вам складно згадувати й розповідати...

К.: І я згадала таку ситуацію, після якої, як мені здається, я й перестала дивитися в очі... Був вечір. Ми лежали з мамою в ліжку. Батько прийшов пізно і п'яний. Він зайшов до кімнати і став у дверях. Я дивилася на нього. І тоді він крикнув: «Ти чого дивишся на мене?!».

Надалі патерн уникання погляду став супроводжуватися моторною реакцією голови, що виражає підпорядковану позицію і почуття власної неспроможності (що, як з'ясувалося, непокоїло клієнтку протягом усього життя і позначилося на сімейних стосунках).

Терапевт рекомендував клієнтці вербально-моторну формулу, яку необхідно було виконувати щоразу в значущих оцінних ситуаціях: «Вам необхідно свідомо в момент виникнення занепокоєння трохи нахилити голову вправо, починати розглядати людину, з якою зв'язана тривога (наприклад, екзаменатора), і повторювати: моя голова починає трястися все сильніше і це робить мені приємність». Причому вона мала метою трену-

вання навмисно шукати складні для себе ситуації і в жодному разі не уникати їх.

Дерефлексія спрямована на подолання невротичної гіперрефлексії. Вимушеність до самоспостереження є однією з причин зменшення спонтанності і природності поведінкових реакцій. Основне завдання дерефлексії — ігнорувати потяг до нав'язливого самоспостереження і контролю. Для подолання страхів, побоювань, нав'язливої рефлексії з приводу можливих невдач (часто це призводить до розладів сексуального функціонування) використовують здібність клієнтів до самовідчуження, яка виражається в гумористичних реакціях на власні страхи і компульсивні (внутрішні) реакції.

За консультацією звернулася 23-річна дівчина зі скаргами на страх не заснути вночі. Порушення сну почалися на тлі нервового виснаження через тривалий ремонт у квартирі, подарованій їй батьками. При цьому на запитання, чи планує вона переїжджати від батьків і жити в цій квартирі, вона відповіла негативно. Через цю парадоксальну ситуацію дівчина подовгу, іноді протягом усієї ночі, не могла заснути, що позначилося на її загальносоматичному стані — виглядала клієнтка виснаженою і втомленою. Вона звернулася до психіатричної клініки, де їй поставили діагноз «соматоморфна депресія» і рекомендували медикаментозну терапію. Однак уживання снодійного та антидепресантів мало тимчасовий ефект. На момент консультації у психотерапевта клієнтка продовжувала пити снодійне, проте сон, як правило, наставав до середини ночі. При цьому щовечора виникав нав'язливий страх не заснути, безсоння супроводжувалося думками про повсякденні справи й проказуванням усього, що необхідно зробити й сказати.

З метою терапії було застосовано метод дерефлексії, що припускав таку формулу: «Я не турбуюся за свій сон, у мене немає необхідності спати, мені не потрібно засинати спеціально, я засну тоді, коли сон настане сам».

Основним способом подолання внутрішньої спустошеності і безглуздя життя є *сократівський діалог*, який підштовхує клієнта до відкриття для себе адекватного життєвого сенсу.

Клієнтка М. (27 років) поскаржилася психотерапевтові на погіршення стосунків із чоловіком і бажання розлучитися з ним.

Т.: Розкажіть, як наразі складаються ваші взаємини з чоловіком?

К.: Він каже, що кохає мене, що все прекрасно, але потім починає говорити, що я невдаха, що я ніяка... Хоча останнім часом він мене вже слухається...

Т.: Слухається!?

К.: Слухається... У тому розумінні, що якщо я щось вирішила, то чиню так, як хочу.

Т.: Ви знаєте, у мене складається образ такого тихого, слухняного чоловіка.

К.: Так, але в нього бувають крайнощі: або він дуже слухняний і м'який, або злий, очі вишкірені, і я просто не знаю, чого від нього чекати.

Т.: Тобто у нього щось накопало, він цього не проговорює, після чого у вас трапляються скандали?

К.: Так, і починає поливати мене брудом.

Т.: Як ви гадаєте, чому так трапляється? Що йому заважає висловлювати свою думку відразу?

К.: Не знаю... Може, я йому якимось заважаю. Я намагаюся обходити гострі кути і досягати свого ніби в обхід.

Т.: Мені здалося, що у ваших взаєминах не вистачає м'якості і довіри.

К.: Маєте рацію, я йому не довіряю.

Т.: А себе ви як оцінюєте? Собі довіряєте?

К.: ...

Т.: Може, в цьому полягає причина ваших розбіжностей?!

У діалозі з терапевтом клієнтка змогла осмислити проблемні зони подружніх стосунків. Завдяки запитанням (поставленим так, щоб підтримати клієнтку і водночас стимулювати її рефлексію) вона відчула сумніви щодо поведінки та установок, які раніше здавалися природними і правильними. Це стало початком позитивних змін у ставленні до чоловіка і спілкуванні з ним.

Загалом логотерапія побудована на філософсько-психологічному переосмисленні реалій, в яких відбувається формування і становлення сучасної людини. Лише сенс може заповнити пустку, позбавивши людину нудьги і безглуздя власного існування. Завдання терапевта полягає не в наданні клієнту готових пояснень і цілей, а допомозі йому знайти власне, унікальне розуміння сенсу існування.

Перспективи розвитку особистості з погляду гуманістичного підходу

Індивідуальність людини, її життя, сенси і перспективи розвитку є пріоритетними цінностями для всіх напрямів психотерапії, однак саме в гуманістичній традиції ці положення звучать найчіткіше, виносяться на передній план в обґрунтуванні стратегій психотерапевтичної допомоги.

Екзистенціальні й онтологічні проблеми, з якими зіткнулося людство в третьому тисячолітті, актуалізують ідеї і погляди, сформульовані в гуманістичній психології і психотерапії в 50—60-ті роки ХХ ст. Людина перебуває в нерозривному зв'язку з навколишнім світом, суспільством, і осмислення цього зв'язку можливе лише через самозаглиблення й самопізнання, відкриття в собі нових обріїв змісту і систем цінностей, які за А. Маслоу можна назвати буттєвими.

Розвиток цих ідей неминуче приводить до висновку, що подальше усвідомлення людиною власної внутрішньої природи можливе лише в контексті відновлення системних зв'язків на всіх рівнях інтегрованого світу, центральним елементом якого є людина, наділена унікальною функцією рефлексуючої свідомості. Перешкоди на цьому шляху можуть бути подолані за допомогою методів гуманістичної психотерапії, орієнтованої на екзистенціальні характеристики природи людини.

Аналізуючи екзистенціальні основи психотерапії, Р. Мей зауважував, що для неї як процесу має значення передовсім контекст існування, екзистенція людини. Він сформулював такі основні положення онтологічного погляду на природу людини:

- 1) особистість людини унікальна і центрована в самій собі;
- 2) будь-яка людина прагне до збереження своєї центрованості і утвердження власної буттєвості, реалізуючи потенціал онтологічної (буттєвої) мужності;
- 3) у кожної людини є потреба і можливість вийти за межі власної суб'єктності і торкнутися суб'єктності іншої людини, що завжди пов'язано з ризиком втрати контакт з власною природою і потребами, зате сприяє подальшому розвитку;
- 4) суб'єктивний компонент центрованої особистості визначається наявністю свідомості;

5) свідомість людини реалізується у здатності до самосвідомості, пов'язаній із можливістю виходу за межі ситуативного контексту і з життям, витлумаченим у поняттях «можливе» (К. Гольдштейн) і «потенційне» (А. Маслоу);

6) буття людини властивий стан тривоги. Ця характеристика людини має подвійну суть: вказує на «трагічне значення» життя і певною мірою трагічний підтекст усієї екзистенціально-гуманістичної психотерапії; онтологічна тривога задає перспективу подальшого становлення і розвитку особистості у напрямі подолання своїх екзистенційних меж до «чистого» і ніким необумовленого буття.

З урахуванням західної ментальності ідеї, пов'язані з розвитком психічного потенціалу, найчіткіше сформулював А. Маслоу в концепції самоактуалізації особистості.

Самоактуалізація — цілковите використання людиною свого потенціалу, здібностей і можливостей.

Ідеалом самоактуалізованої особистості є людина, яка позбавилась дихотомій і внутрішніх суперечностей і наблизилася до стану внутрішньої цілісності, природності і повноти. Тільки через актуалізацію власного потенціалу людина здатна досягти внутрішньої свободи, яку Р. Мей вважав основним принципом і обов'язковою умовою існування. Допмагаючи людині досягти особистої свободи самовизначення і самодетермінації, терапевт повинен підвести її до схвалення відповідальності за свої вчинки і за підсумок власного життя.

У своїх екзистенційних пошуках людина повинна намагатися досягти щонайменше двох результатів, якими є:

— соціальна інтегрованість, яка вказує, що суб'єкт не замкнений у межах власного Я; для досягнення цього терапевт повинен допомогти клієнту позбавитися відчуття неповноцінності і прийняти на себе вантаж соціальної відповідальності;

— знаходження джерела внутрішньої духовності і самопідтримки, що пов'язано з подоланням патологічного відчуття провини і трансформацією деструктивних конфліктів у конструктивні, тобто індивід повинен з готовністю сприймати духовну напругу, властиву людській природі.

Отже, у 50-ті роки ХХ ст. розпочався процес регуманізації терапії. Лише регуманізована психотерапія, на думку її засновників, здатна відповісти на питання,

пов'язані з існуванням людини в сучасному світі, враженому тенденціями до деперсоналізації і дегуманізації життя. Людина повинна опиратися спробам відняти в неї сенс або підмінити його сурогатними потребами. Терапевт при цьому не може повернути людині сенсу у разі втрати, але може допомогти знайти його знову. Це відбувається, поки знаходяться відповіді на основні питання, що ставить перед людиною життя: «Хто і що є Я?» і «Що є цей світ, у якому Я живу?».

Гуманістичні стратегії психотерапевтичної допомоги спрямовані на пробудження й актуалізацію внутрішнього потенціалу особистості з метою досягнення нею вищого рівня усвідомленості, свободи і свідомості її життя. Основними якостями, що визначають природу людини з погляду гуманістичної психотерапії, є свобода особистості, відповідальність, краса, гра, легкість і цілісність. Для успішного зцілення часом достатньо гармонійної атмосфери довіри, безумовного схвалення клієнта з усіма його проблемами і вадами, тобто такого терапевтичного середовища, в якому людина змогла б прийти до усвідомлення своєї глибинної цілісної природи, здатної забезпечити реалізацію екзистенційних цілей. У зв'язку з цим питання про терапевтичну техніку іноді відходить на другий план, а на перше місце виступають характер і зміст терапевтичних відносин.

Психотерапевтичний результат полягає в тому, що клієнт знаходить нові духовні перспективи, які допомагають йому самостійно, без невротизації та внутрішньої ізоляції, без опори на особу терапевта долати життєві кризи, що розцінюються не як перешкода в самореалізації, а як умова, що забезпечує необхідний для внутрішньої трансформації і розвитку рівень екзистенційної напруги.

Запитання. Завдання

1. У чому полягає суть гуманістичних ідей у психотерапії?
2. Охарактеризуйте явища конгруентності й емпатії.
3. Сформулюйте значення безумовного схвалення клієнта для психотерапії.
4. Розкрийте природу і причини екзистенційного вакууму в житті сучасної людини.
5. Які симптоми сигналізують про ноогенний невроз?
6. Розкрийте основні джерела сенсу життя людини.
7. Складіть перелік власних екзистенційних цінностей.

10.

Структурний психоаналіз

Структурний психоаналіз французького філософа, психолога Жака-Марі-Еміля Лакана (1900—1981) вважають однією з вершинних і найвпливовіших психодинамічних теорій. Семінари вченого, які він проводив у 60—70-ті роки XX ст. в Парижі, фундаментально вплинули на розвиток філософії, соціології, антропології, історії, мистецтвознавства, психології і психіатрії. Ж. Лакан (разом з М. Фуко і Р. Бартом) є одним із фундаторів сучасного постмодернізму. За масштабами популярності теорії, її використання і цитування Лакана можна порівняти хіба що з Фройдом.

10.1. Теоретичні основи підходу Ж. Лакана

Тривалий час теорія Ж. Лакана була майже недоступною через її високу складність, неможливість повноцінного ознайомлення з практичними додатками, мовні труднощі тощо. Проте в останні роки з'явилися кваліфіковані переклади праць Ж. Лакана, організова-

но семінари зі структурного психоаналізу. І загальна психологічна культура досягла необхідного рівня для сприйняття теорії і практики лаканівської школи. Чималу роль у цьому відіграли досягнення сучасного постструктуралізму і постмодернізму. Ідеї Лакана важко зрозуміти, не знаючи праць Р. Барта, Ж. Бодрійя, Ж. Дельоза, Ж. Дерріди, П. Клоссовські, Ю. Крістевої, Ж.-Ф. Ліотара, Ж.-Л. Нансі, М. Фуко та інших мислителів останньої чверті ХХ ст.

Мовна природа несвідомого

Формування лаканівського психоаналізу відбулося завдяки «лінгвістичному повороту» у філософії — визнанню мови первинною сферою філософського аналізу. Вираз «мова — це домівка буття» визначив новий напрям гуманітарного пізнання, в якому інтерес до мовних детермінант універсуму надовго став філософським пріоритетом. Завдяки зусиллям австрійського філософа Людвіга Вітгенштейна (1889—1951) та інших представників лінгвістичної філософії виникли передумови для розвитку структуралізму, вершиною якого у психології став психоаналіз Ж. Лакана.

Центральною тезою лаканівського підходу є твердження: «несвідоме структуроване, як мова». За його твердженням мовний характер несвідомого — відправна точка і основна умова аналітичної роботи. Він також наголошував, що аналогічних поглядів дотримувався і Фройд, а структурний психоаналіз є поверненням до класичної першооснови.

Психоаналітична робота — це слухання пацієнта, а коментарі аналітика стосуються не стільки того, що говорить пацієнт, скільки тих моментів, де він випадково (чи ні) прохоплюється про справді важливі речі. Як зазначає Ж. Лакан у праці «Функція і поле мови та мовлення в психоаналізі», середовищем психоаналізу незалежно від його мети є мовлення пацієнта. А будь-яке мовлення потребує відповіді. Якщо є слухач, мовлення ніколи не залишається без відповіді, навіть якщо відповідь — лише мовчання. Нічого про цю функцію мовлення не знаючи, психоаналітик відчуває її заклик. Розчувши в цьому заклику пустку, він побачить

цю пустку в самому собі і стане шукати реальність, здатну її заповнити, вже з іншого боку мовлення. Тим самим він перейде до аналізу поведінки суб'єкта, сподіваючись у ній знайти те, що той умовчує.

Завдання психоаналітика полягає в тому, щоб допомогти пацієнту в мовному опрацюванні душевного досвіду, підключити його до Символічного порядку, в якому невимовне Реальне (несвідоме, щось усередині суб'єкта) може виражатися не тільки в симптомах неврозу або фантазмах (витворах фантазії) раннього дитинства, а й зазнати мовної реалізації і стати зрозумілим Уявному (свідомому Я). Тріада «Реальне — Уявне — Символічне», яка приблизно відповідає фрейдівським «Ід — Его — Супер-Его», є основною системою понять структурного психоаналізу.

Розглядаючи психоаналітичну терапію як базовану на мовленні практику, мета якої — дати виговоритися несвідомому, Ж. Лакан виокремив два принципово різні типи психотерапевтичного дискурсу — *порожнє мовлення* («примару монологу», «послужливе базікання») і *повне мовлення* («примусову працю, що не знає лазівок»). Терапевтичну фрустрацію він вважав іманентно властивою процесу лікування розмовою, під час якої пацієнт відкриває для себе свою відчуженість, уявність, нетотожність Я власній внутрішній природі.

Створюється враження, що суб'єкт усе більше відлучається від своєї істоти і після чесних спроб описати її, що зовсім не увінчуються формуванням зв'язного уявлення про неї, після всіляких уточнень визнає, що «істота» ця завжди була всього-на-всього його власним творінням у сфері уявного і що уявлення це позбавлене достовірності. Відтворюючи цей образ для Іншого, він відкриває початкове відчуження, що примушувало конструювати свою істоту в образі Іншого і завжди прирікало на підміну цим Іншим.

У психотерапевтичному діалозі відтворюється початкова розщепленість, дискретність суб'єкта. Аналітик поступово знаходить заповнені несвідомим «пустки», які здаються свідомості білими плямами або викривленнями, зумовленими дією цензури. Мета аналізу — відновити втрачені місця, точніше — їх значення, дібравши для невимовної реальності несвідомого іншу форму виразу замість неврозу або психозу. Ж. Лакан так пояснив походження ефекту психоаналітичного ліку-

вання: *означуване* симптомом отримує інше *означувальне* — Слово, Мову (запозичені з лінгвістики терміни «означуване» і «означувальне» відображають зв'язок між несвідомим і свідомістю). Колишній (той, що сформувався в минулому як симптом) зв'язок між означуваним і означувальним розривається, і симптом зникає. Лінгвістична природа несвідомого, «структурованого, як мова», показана просто і точно: несвідоме є частиною конкретного трансіндивідуального дискурсу, якої не вистачає суб'єкту для відновлення безперервності свого свідомого дискурсу.

Сформульована Ж. Лаканом лінгвістична парадигма дослідження несвідомого не набула багато прихильників. Причини цього — езотеричний стиль його семінарів, складність для перекладу «Ecrits» («Текстів»), численні неологізми і опора на конотативну семантику (асоціативні значення слів і виразів). Проте його ідеї істотно вплинули на вчених в інших галузях. Стало очевидним, що взаємодії між об'єктами, суб'єктами і мовою важливі не тільки для психоаналізу і філософії, а й для всіх людей у їх повсякденному житті. Відмінність між тим, що людина намагалась висловити, і тим, що сказала, вказує на прірву між її свідомим Я і несвідомою сутністю (Іншим).

Регістри психіки

На позначення людини в структурному психоаналізі використовують поняття «суб'єкт». За Лаканом, *суб'єкт* — це людина, суб'єкт психіки і одночасно індивідуальна особа, суб'єкт діяльності, сприйняття і осмислення дійсності. Психіка суб'єкта має три регістри: Реальне, Уявне і Символічне. Їх доцільно розглядати як виміри людського життя — *екзистенційний* (досвід відчуттів і переживань), *феноменологічний* (індивідуальна свідомість) і *структурний* (соціальні відносини). У фрейдівській теорії аналогічний поділ на Воно, Я і Над-Я зроблено на основі відмінності між інстинктивними відчуттями (Ід), усвідомлюваними переживаннями (Его) і соціальними засадами (Супер-Его). Відповідність між фрейдівськими категоріями і регістрами структурного психоаналізу приблизна.

Реальне — це до-мовне несвідоме, досвід, який сформувався без участі свідомості. Тому він недиференційований, «ніякий». Про нього важко що-небудь сказати взагалі, бо це — щось невимовне, одвічне, незгладиме. Це недоступний іменуванню хаос вражень, відчуттів, станів, прагнень і почуттів, у якому живе новонароджене немовля до того часу, коли під контролем дорослих, під впливом культури і за участю мови воно навчиться, нарешті, виражати свої інтенції і бажання за допомогою спеціально засвоєних семіотичних (знакових) засобів — жестів, осмислених складів, слів-найменувань, слів-понять і культурних зразків поведінки. Реальне, за Лаканом, як і за Фройдом, — спочатку тілесно-сексуальне і аморфне. Поступово дитина усвідомлює його у формі цілісного образу власного тіла (тотожного власному Я). Це відбувається, як правило, у півтора року.

Момент такого усвідомлення — *стадія дзеркала* — один з найважливіших етапів формування особистості. Початкова точка цього процесу — засвоєння образу власного тіла. На стадії дзеркала встановлюються зв'язки між організмом та його реальністю і формується *регістр Уявного, Я* (Его) — як інстанції, в якій суб'єкт себе відчуває: вказуючи на своє зображення в дзеркалі, суб'єкт каже «Це я», тоді як вказівний жест має бути звернутий у протилежний бік — до себе, а не до свого образу. Це початкове відчуження становить первинний досвід, у якому закорінене уявне нарцисичне ставлення людини до власного Я. За Лаканом, розвиток свідомості не продовжує і не доповнює несвідоме існування дитини, а протистоїть йому як щось ілюзорне, ірреальне, уявне.

Психотерапевти часто мають справу з уявним самопред'явленням. Багатьом клієнтам властиве бажання здаватись у чужих очах розумнішими, привабливішими, компетентнішими, сексуальнішими, ніж це є насправді. Уявна природа власного Я, яку люди демонструють один одному в інтимно-особистісному спілкуванні або в соціально значущих ситуаціях, — типове джерело багатьох труднощів і конфліктів. Проте є набагато глибші проблеми, зумовлені уявним існуванням особи. Відчуження від Реального найчастіше стосується задоволення потреб, зокрема й тих, що пов'язані із Самістю (селф-потреб). Фальшива (уявна) Самість інтенсивно підтримує себе за рахунок дій і вчинків, розрахованих

на захоплення аудиторії, справжні екзистенційні потреби вона не просто витісняє, а взагалі дедалі рідше про них згадує. З кожним актом уявного самоконституювання людина віддаляється від своєї справжньої природи.

Центром Уявного реєстру, за Лаканом, є Его, яке він визначив як «суму всіх захистів та опорів, властивих індивіду», як певну вигадану конструкцію, ілюзорний образ, звертаючи увагу на який, суб'єкт каже: «Це я». Так формується основоположна помилка людської свідомості: уявлення про те, що справжня природа і суть бажань, прагнень суб'єкта доступні раціональному пізнанню і розумінню.

Загальноприйняті уявлення про природу власного Я в історії психоаналізу переглядали не раз. Революційними для свого часу були погляди на Его, викладені З. Фройдом у праці «Вступ до нарцисизму» (1914). Через двадцять років захисну функцію Я детально описала А. Фройд. Лаканівський психоаналіз виразив свій погляд в екстремальній формі: Я, мислячий суб'єкт (*cogito*), є ілюзією розуму, створеною ним у спробі захиститися, вислизнути від втілення своєї справжньої екзистенційної природи.

Класичний психоаналіз ще дає змогу зберегти уявлення про Я як про оболонку або кокон, захисну поверхню, що працює одночасно на два фронти — проти травм, які завдає зовнішній світ, і проти прагнень, що йдуть ізсередины людини. На думку Ж. Лакана, уявну природу Я створюють інші люди і нав'язують індивіду в тому віці, коли він ще не здатний ні критично ставитися до свого сприйняття, ні зосередитися на усвідомленні власних внутрішніх імпульсів. Інакше кажучи, Я — щось зовсім інше, зовсім не те, чим людина його звикла вважати.

Людей, що страждають від засилля Уявного і засмічують ним свій і чужий життєвий простір, оточення сприймає дуже специфічно. Вони дратують (своєю агресивною неадекватністю, примітивно завищеною самооцінкою) і водночас викликають жалість, співчуття, бажання їм допомогти. А допомагати без прохання не прийнято і неможливо. Крім того, ситуація саморозкриття для таких осіб — гранично дискомфортна, особливо коли співрозмовник є людиною проникливою.

Така ситуація зумовлена характерною особливістю Уявного — саморуйнівними тенденціями, тим, що у психоаналітичній класифікації називають автодеструктивною (self-defeating) особою.

Гіпертрофований розвиток реєстру Уявного відбувається за рахунок зменшення, скорочення *реєстру Символічного*, який формується на основі досвіду входу дитини у світ соціальних зобов'язань і відносин. У символічному зосереджені культурні норми та обмеження, змісти, значення й інші семіотичні ресурси для означування (артикуляції) імпульсів і змістів Реального. Символічне надає у розпорядження суб'єкта мінливий і багатий світ культури, досягнення соціуму, до якого він належить. А злоякісний розвиток Уявного блокує соціальний інтелект, порушує зв'язок людини з іншими людьми, що призводить до соціальної непристосованості та конфліктів. Будь-яке посягання на Уявне викликає вибух обурення. Так само чуже Уявне виглядає замахом на власну «уявність», робить вразливим уявне існування, яке стало для невротика основним способом екзистенції.

Клієнта, який страждає від надмірності Уявного самоконституювання, легко впізнати за його численними скаргами на родичів, друзів і оточення загалом: його не шанують, не цінують, використовують, над ним знущаються; усі довкола погані, лише він порядний, моральний, компетентний і розумний. Якщо аналітик із ним зуміє порозумітися (про адекватний терапевтичний альянс не ідеться), терапію ще можна розпочати, якщо ні — він лише примножить ворогів клієнта.

Наприкінці 70-х років ХХ ст., уточнюючи деякі аспекти своєї теорії, пов'язані з психозами і соціально-психопатичною поведінкою, Лакан запропонував ще одне поняття з подібною семантикою — *нарочите* (франц. *semblant*). Цим терміном він позначив усе, що суб'єкт робить навмисно і добре розуміючи «штучність» результату (будь то наукова теорія, соціальний ритуал або власний імідж), вимагаючи від оточення пошани й визнання.

Регістр Символічного — це структурний рівень мови і соціальних відносин. На цьому рівні суб'єкт більше не є Буттям-у-собі (Реальним) або Буттям-для-себе (Уявним), він визначається Буттям-для-інших. Символічне

формується на фалічній стадії розвитку. Ключовим моментом є початкова едіпова ситуація, від якої залежать перші форми соціальних взаємодій дитини. Природа Символічного полягає в тому, що це основа структури, певний порядок, місце культури, де усвідомлюються і розплутуються «долі прагнень». Структуроване, впорядковане несвідоме (бажання Реального) знаходить символічні форми для виразу, або, за термінологією Лакана, невимовна реальність несвідомого, означуване, знаходить для себе те, що означає. Тобто на первинному рівні, в Реальному, психічний розвиток визначається екзистенційними категоріями афекту і тілесного досвіду; далі, на рівні Уявного, свідомість перетворює тілесний досвід суб'єкта на ідеальний образ самого себе, і, нарешті, на Символічному рівні соціальних відносин — на відносини між суб'єктом та іншими людьми.

Інший і бажання

Із розвитком Символічного нетямуще немовля стає іншим, точніше, потрапляє під владу Іншого. Інший — суб'єкт несвідомого, для якого реєстр Реального є природним і звичним, а Уявного не існує або, принаймні, не береться до уваги. Інший — це той, хто інакше мислить, бачить, відчуває. Це ключове поняття в європейській філософії другої половини ХХ ст., зокрема в постмодернізмі. Лакан визначив Іншого строго психоаналітично — як джерело (і одночасно результат) процесів витіснення та опору. Я та Інший діалектично зв'язані між собою. Витоки цього зв'язку кореняться в неможливості суб'єкта усвідомити і прийняти істину свого існування (Реальне). Власне Я людина усвідомлює, співвідносячи його з Іншими. Воно є його корелятом. Рівень, на якому відбувається переживання Іншого, точно визначає рівень, на якому, буквально, для суб'єкта існує власне Я.

Ж. Лакан вів мову про дискурсивну природу Іншого. Він виходив з того, що місце Іншого — загальноприйняті форми мовної практики, дискурс більшості, способи виразу (артикуляції) Реального, пропонувані мовою і культурою. Загальний простір культури, «русла можливої

мови» вибудовують універсум людського буття і утворюють третій реєстр психіки — Символічне. Спочатку фрагментарний суб'єкт будує образ свого Я як Іншого, створюючи уявну інстанцію, в якій він себе відчужує. Розглядаючи Я як суму властивих йому захистів, Лакан зауважував, що діяльність Его характеризується передовсім уявними інерціями, які воно зосереджує проти повідомлень та імпульсів несвідомого. Ця діяльність спрямована виключно на компенсацію зсуву, який і є суб'єктом, властивим дискурсу як такому. Свідомість і несвідоме реалізуються в мовленні, борються один з одним за право визначати його сенс.

Формування (конституювання) суб'єкта вбирає різні типи досвіду його співбуття з Іншим. Інколи несвідомий Інший (суб'єкт несвідомого) може захопити контроль над складною життєвою ситуацією й успішно справитися з нею. Адже Інший — це ще й персоніфікація впливу й оцінки Символічного, його приписів і стандартів. Формування особистості, її конституювання завжди відбувається «перед лицем Іншого». Соціокультурна реальність є для несвідомого суб'єкта основним джерелом означувальних і повністю керує процесом означування. Символічний Інший (суб'єкт несвідомого) як важливий додаток до усвідомлюваних намірів та інтенцій особи, її глибинне альтер-его (друге Я) виявляється втіленням рафінованих форм соціальності, а глибоко інтимні аспекти внутрішнього досвіду — вкоріненими в культурному універсумі значень і сенсів.

На едіповій стадії дитина вчиться підкорятися соціальним нормам і заборонам, задовольняти свої бажання відповідно до правил культури. Провідну роль у процесі соціалізації відіграє інстанція, яку Лакан називав «Ім'я Батька». Батько (у широкому значенні цього слова — старший, суб'єкт влади і закону) виконує функцію Символічного Іншого: впорядковує дійсність і вчить дитину жити в суспільстві, дотримуватися його законів. Неоформлені, несвідомі бажання Реального висловлюються і формулюються під впливом Іншого, що пояснює дитині, як саме слід хотіти того, чого хочеться.

Батьки і вихователі, рівно як і всілякі пов'язані з ними *інтроекти* (некритично засвоєні ідеї, думки і цінності, які людина не ставить під сумнів, бо успадковує їх від значущих осіб) — будь то Ім'я Батька, Над-Я,

Я-Ідеал або ангел-хранитель — вчать дитину, чого вона повинна хотіти, як правильно висловлювати (артикулювати) свої бажання і які бажання можна мати, а які — ні. Досвідчений педагог не стане прямо забороняти недозволені речі, а м'яко зауважить, що «хороші дівчатка не хочуть гратися з невихованими, погано вдягненими забіяками».

За Лаканом, бажання — це імпульси Реального, змінені і перетворені екзистенціальною присутністю Символічного Іншого. Як фундаментальну передумову слід розглядати відношення між бажанням, свободою та Іншим. Людина стверджує свою свободу в акті протистояння Іншому, роблячи його об'єктом свого бажання. Лакан використовував гегелівську діалектику господаря і раба, щоб ясно виразити відносини між суб'єктом та Іншим. У ставленні до Іншого господар намагається обстояти свою свободу, контролюючи свободу Іншого. Це потребує перетворення іншого суб'єкта на пасивний об'єкт володіння і маніпуляції, який визнає владу господаря і його свободу.

Лакан вважав, що суб'єкт може стати господарем Іншого тільки у зв'язку із сексуальним бажанням Іншого. Для цього в сексуальному бажанні Інший перетворюється на об'єкт серед певної ситуації. Бажання пересилує нарцисичні інтенції суб'єкта і дозволяє йому вступити у стосунки з домінуючим Іншим. Сексуальне бажання, за Лаканом, має таке формулювання: «ми бажаємо, щоб нас бажали» — тобто об'єктом бажання є бажання Іншого.

Кожен, хто відчував любовний потяг, знає з власного досвіду, як важливо впевнитися в тому, що твій коханий жадає тебе — і тільки тебе. Потреба знову й знову переконуватися в цьому — провідна для закоханих, і лаканівська фраза є ключовою для терапевтичної роботи з клієнтами, які скаржаться на відсутність взаємності в коханні.

Бажання, потяг (особливо у чоловіків) важко приховати, і тим більше — імітувати. На відміну від конкретно вираженої фалічності чоловіків жіноче бажання, жіночий потяг тілесно не марковані, що створює можливість для використання тонкої гри, кокетування. Для клієнтів-чоловіків жінка з її прихованим бажанням і демонстративною (одяг, косметика) сексуальністю — не просто Інший, а Інакший. Це важливо пам'ятати при аналізі об'єктних відносин.

10.2. Техніка структурноаналітичної терапії

Методичні аспекти лаканівського психоаналізу майже цілком ґрунтуються на аналізі мовлення клієнта. Правило «слухати не те, що говорить пацієнт, а прислуховуватися до його помилок і обмовок» працює тут набагато інтенсивніше, ніж у класичному психоаналізі.

Аналіз мовленнєвих засобів

Відому лаканівську аксіому «означувальне як означувальне» легко зрозуміти, скориставшись метафорою. Для цього слід уявити мікрофон, за який змагаються свідоме Я суб'єкта та його несвідомий Інший. Свідомість майже завжди перемагає, тож мікрофон несвідомому майже не дістається. І тоді воно вдається до хитрощів: керується словами і мовними конструкціями, за допомогою яких промовляє свідомість. Наприклад, клієнт заявляє: «Не можна сказати, що я нехтую бажаннями дружини». Він хотів наголосити, що уважний до її бажань. А за лаканівським правилом сенс цього речення зовсім: по-перше, він нехтує дружиною; по-друге, цього не можна говорити. Саме таким є буквальний зміст його фрази. Несвідоме зуміло розказати про справжні почуття суб'єкта за допомогою простої мовленнєвої конструкції.

У мовленні клієнта можуть бути маркери амбівалентності «та ні», показчик Уявного «ніби» («ніби хочу», «нібито роблю», «начебто відчуваю»), негативне «ні» на початку фрази, що заперечує увесь її зміст («Ні, я, звичайно, згоден з Вами»), і ще багато подібних слів та виразів. Фактично об'єктом уваги структурного аналітика є дискурс несвідомого в мовленні пацієнта. Якщо аналітик уміє почути несвідоме і може вести з ним розмову, терапія буде ефективною й ефектною, потребуватиме значно менше часу.

Більшість прийомів лаканівського аналізу мовлення потребує ґрунтовного знання мови й лінгвістики. Велике значення мають художні тропи, мовленнєві звороти (метафора, метонімія, синекдоха, оксюморон,

плеоназм, катахреза та ін.), що виражають конкретні метаморфози сенсу — порівняння, заміщення, повтор, поєднання протилежного тощо. Мовленнєві звороти — це словесні стежки, за допомогою яких витіснений об'єкт бажання означається в дискурсі. Ж. Лакан зазначив, що подвійний спусковий механізм метафори і є тим механізмом, за допомогою якого симптом набуває визначеності (в аналітичному плані). Між означувальним сексуальною травмою і терміном, що замінив її в ланцюжку означуваних, пробігає іскра, що фіксується в симптомі, а він є метафорою, що вказує на значення, недоступне для свідомого суб'єкта, у якого симптом цей можна зняти.

Особливу увагу Лакан приділяв метафорі та метонімії, які вважав прямими вказівками відповідно на симптом або бажання несвідомого. Свідоме Я нічого про них не знає. До його послуг лише афективні сліди (страх, лють, відраза), що залишилися після спроби відчутти пустку власного Реального та моментального витіснення будь-якого результату.

На відміну від Фрейда, який скептично оцінював можливості психоаналізу як методу лікування глибоких психічних розладів, вважаючи, що глибоко витіснене не повертається, на думку Лакана, таке повернення можливе у режимі фантазму.

Психотерапевтичне використання фантазмів

Фантазм є унікальним психічним феноменом, значення якого для психотерапії важко переоцінити. Використання фантазмів — створення, розігрування або фрагментація — так само поширене в практиці терапії більшості напрямів, як і метафорична комунікація. Водночас феномен фантазму майже не досліджений. Навіть його визначення подають лише окремими словами. У психоаналізі фантазм тлумачать як особливий продукт уяви, а зовсім не світ фантазій і не діяльність уяви загалом.

Фантазм (грец. *phantasia* — уява) — несвідомий сценарій отримання задоволення, план і спосіб задоволення бажань Реального, про які суб'єкт нічого не знає.

Психологічну природу фантазму ілюструє будь-яка автоеротична насолода: цілком невинна автоматична

дія, як колупання у вусі, чухання, пощипування губи та ін. Такі безцільні, на перший погляд, дії люди машинально виконують у напружених ситуаціях, бо вони приємні і заспокоюють. Та якщо звернути на них увагу, запитати, навіщо вона це робить, людина соромиться і червоніє.

Усі ці мимовільні дії насправді мають сексуальну природу і дають суб'єкту автоеротичне задоволення. Тому він червоніє, будучи публічно «застуканим» у момент виконання непристойних дій. Він не знає, що робить (знає несвідоме), тим більше, що витіснений зв'язок із базовим рівнем поліморфно-перверсивної (збоченої в різних формах) сексуальності, де вкорінені автоеротичні дії. Витіснений він навіть у тих, хто здогадується, що природа такої поведінки — звичайний онанізм.

Більшість фантазмів складніша. Існує безліч уявних подій, за допомогою яких (у більш-менш спотвореному психологічними захистами вигляді) виконуються несвідомі бажання, прагнення Реального. Фантазм — це своєрідний компроміс між принципом задоволення і принципом реальності, за допомогою якого людина може хоч трохи дізнатися про свої справжні бажання. Багато фантазмів належить до початкових етапів психічного розвитку, вони оповідають про бажання, які людина не здатна пригадати, але і не може забути (дитячі фантазми про спокусу). Фантазм і перверсія (збочення) подібні між собою, тільки збочення — це вторгнення Реального в Символічний порядок, а фантазм — експансія Символічного в екзистенцію Реального.

У цьому приховується причина привабливості фантазму. Він зачаровує і зваблює, оскільки повертає дорослу людину в давно втрачений, блаженний рай нарцисичної насолоди. Будучи продуктом неусвідомленої уяви, Реального, фантазм протистоїть Уявній феноменології соціального життя.

Лаканівський варіант аналітичної психотерапії не просто використовує фантазм, а ґрунтується на ньому. Хоч би в якій формі виражався свідомий запит, несвідомо взаємодія терапевта і клієнта відбувається через фантазм. Психотерапевтичний фантазм — це особливий спосіб задоволення за допомогою символізування запиту, зверненого до аналітика-Іншого. Зміст запиту, зумовлений аналітичною фрустрацією, символічно прирівнюється до успішної спроби визначити бажання.

Клієнтка, пані Л., на черговому сеансі захотіла обговорити сексуальні претензії її чоловіка. Вона детально розповіла про його бажання, наголосивши, що сексуальні апетити чоловіка набагато перевищують норму. Пані Л. обурено заявила, що чоловік настирливо умовляє її зайнятися сексом утрюх. «Приведи яку-небудь свою подругу, і ти побачиш, як це чудово. А мені не потрібно буде ніде нічого шукати всякий раз, коли захочеться чого-небудь незвичайного».

Переказувала це все клієнтка дуже емоційно, раз у раз акцентуючи, наскільки така поведінка для неї неприйнятна, а бажання чоловіка — просто жажливі. Вона вимагала співчуття і хотіла, щоб психотерапевт (а то була жінка) теж осудила їх. У певний момент стало зрозуміло, що пані Л. несвідомо, але настирливо умовляє психотерапевта взяти участь в проєкті її чоловіка. В її розповіді звучали жадання і пристрасть. Спокусливий характер її поведінки відкрився у той момент, коли психотерапевт несвідомо відгукнулася на це нехитре зваблення, хоча власні фантазми не містили ідеї «menage a trois» («шлюбу втрюх»). Просто фантазм пані Л. індукував її фантазм. Психотерапевт уявила, як описуватиме все це, — і спокуса відбулася.

Запропонувавши клієнтці цю інтерпретацію, психотерапевт насилу зупинила її запитання: у вас теж є такі незвичайні фантазії? Довелося вдатися до спеціальних зусиль, щоб відновити стандартну ситуацію аналітичної фрустрації — жертвування своїм бажанням заради забезпечення необхідної аналітичної ситуації. Така фрустрація можлива, коли позиція аналітика маркована надлишком означувальних, а у клієнта їх дефіцит.

Діяльність терапевта фактично є конструюванням фантазму. Оскільки фантазм — це не дія і не подія, а ефект означування, то відмінність цілей учасників терапії наявна не в площині Уявного і Реального, а в семіотичних стратегіях, що визначають бажання.

Ініціатором включення фантазму в терапевтичний процес майже завжди буває клієнт: продукуючи численні фантазми, він спонукає терапевта звернути увагу на ці специфічні феномени душевного життя. Це не означає, що самі терапевти не створюють фантазмів, але фантазми клієнтів частіше стають об'єктом аналізу і роздумів.

Аналітик у процесі терапії займає місце в Символічному, з яким клієнт не здатен ідентифікуватися. Це

позиція, з якої суб'єкт бачить себе таким, яким хоче, щоб його бачили інші. Як місце проєкції Я-ідеала терапевт може зрозуміти бажання клієнта і забезпечити йому доступ до цього розуміння — за рахунок ефектів сенсу, зумовлених мовою інтерпретації. Як стверджує Рената Салецл, «коли суб'єкт приносить своє бажання в жертву ідеалу, коли він повністю підкоряється символічній ідентичності, коли надягає на себе символічну маску, то саме в цій масці і можна роздивитися його бажання».

Ідеал, за допомогою якого привласнюється Символічний Інший, є іншим бажання суб'єкта. Або, як пише Ж.-А. Міллер, «те, що суб'єкт приховує, і те, за допомогою чого він це приховує, є одночасно і формою викриття прихованого». Довільно плаваюча увага аналітика, що виокремлює патогенне ядро в плутанині образів сновидіння або вільних асоціацій, спирається передовсім на власні відчуття і переживання як трансферентного об'єкта бажання клієнта.

Специфіка фантазму як психічного феномену визначається також його надзвичайною динамічністю, рухливістю. Він не тільки легко переходить від свідомості до несвідомого і в зворотному напрямі, а й може швидко зміщувати, змінювати позицію клієнта, надаючи безліч можливостей для символічного конституювання. Тому клієнт схильний ідеалізувати терапевта, який уміло створює фантазми, приписувати йому всемогутність і всезнання. Така позиція відчутно модифікує трансферентні відносини і стає об'єктом аналізу наприкінці терапії, на стадії сепарації-індивідуації, яку Лакан називав «переходом за грань бажання».

Закінчення терапії — перехід за грань бажання

Послідовники З. Фрейда розглядали результат аналізу як синтез, в результаті якого клієнт постає як цілісний, довершений суб'єкт, фрагментований захистами і витісненнями. Після досягнення такого результату аналіз можна вважати закінченим. Прихильники егопсихології вбачали в особистісній інтеграції ідеальний підсумок терапії, однак розуміли цю інтеграцію як уявну реалізацію суб'єкта, зведеного лише до його влас-

ного Я. Ж. Лакан добре розумів уявну природу ідеального суб'єкта: «Нам усі втовкмачують, мовляв, суб'єкт береться в його цілісності. Чому він, власне, має бути цілісним? Нам особисто про це нічого не відомо. А ви — ви коли-небудь таких цілісних істот зустрічали? Це, напевно, ідеал. Я їх не зустрічав ніколи. Особисто я не цілісний. Та й ви теж. Були б ми цілісними, ми і були б кожен сам по собі, а не сиділи б тут разом, намагаючись, як-то кажуть, організуватися. Це не суб'єкт у своїй цілісності, це суб'єкт у своїй відвертості. Він, як водиться, сам не знає, що каже. Знав би, що він каже, його б тут не було».

З огляду на це Ж. Лакан пов'язував закінчення аналізу із пізнанням клієнтом себе, розумінням себе як суб'єкта відвертого, вимовленого в психотерапевтичному дискурсі. Відмінність між наявним насправді і тим, що суб'єкт про себе розкаже, помічає спершу тільки аналітик, а потім поступово вона стає доступною і клієнтові. Із розгортанням терапії ця відмінність зменшується, а наприкінці аналізу клієнт як екзистенційний суб'єкт не потребує опори уявного Я для власного дискурсу.

Коли терапія добігає кінця, постає питання про динаміку переносу як провідний несвідомий сценарій психотерапевтичної взаємодії. На початку, поки трансфер тільки розвивається, клієнт ототожнює аналітика з ідеальною позицією «уявного всезнання», а наприкінці аналізу відмовляється від ідеалізації Іншого і трактування аналітика як об'єкта бажання. Такий об'єкт репрезентує втрачену частину суб'єкта (пацієнта), що викликає його бажання і любов. Лакан визначав любов як здатність дати кому-небудь те, чого той позбавлений. В психологічному аналізі цьому відповідає ситуація терапевтичної фрустрації, коли аналітик не відповідає на лібідний запит пацієнта, а лише стимулює його бажання взаємодіяти і, отже, продовжувати аналітичну роботу. Більше того, відмовляючись поступатися лібідному запиту пацієнта, аналітик займає позицію невідомого об'єкта несвідомого бажання, що посиляє до неможливості символізування Реального. У міру руйнування фантазму трансферентної любові терапевт вписує бажання клієнта в новий протилежний сценарій, що передбачає становлення його суб'єктності. Клієнт

переходить від позиції суб'єкта прагнень до позиції об'єкта, який є причиною бажання Іншого. Лакан називав таку зміну позиції «припиненням фантазму» і пов'язував його з процедурою «переходу». Саме так клієнт переходить від визнання відсутності аналітика до затвердження його присутності.

У результаті успішного завершення терапії невротична тривога і несвідомі страхи клієнта перетворюються на задоволення від пізнання власної суб'єктності. Це не означає, що після закінчення аналізу в кабінеті сидять уже два терапевти, і один з них (колишній пацієнт) — початківець. Хоч би як приваблювала аналітика ідея стати наставником, прикладом та ідеалом для інших людей, він не повинен забувати, що не це є його завданням в аналітичних відносинах, і що, потураючи собі, він зраджує свої обов'язки. Якщо таке трапиться, аналітик лише повторить помилку батьків, які руйнують своїм впливом незалежність дитини. Він просто поміняє одну залежність на іншу. Аналітик не повинен замінювати Супер-Его чи ставати батьком для клієнта, він усього лише демонструє свою непричетність до залежності суб'єкта від ідеалу і прикладу Іншого.

За допомогою фантазму (послідовності фантазмів, сконструйованих у процесі психотерапевтичного спілкування) клієнт переходить зі сповненого симптомами простору Уявного в поле мови і Символічного мовлення. Адже саме система мови забезпечує можливість виразу (артикуляції) бажань і прагнень, а мовлення є спробою виразити несвідому реальність, символізувати її або хоча б натякнути.

Отже, в межах лаканівської парадигми виокремлюються два основні етапи психотерапевтичної роботи: 1) інтерпретація несвідомого; 2) перехід за/через фантазм. Досліджуючи симптоми клієнта, аналітик намагається побачити за ними основу — фантазм — як суть насолоди, що блокує розуміння і подальше тлумачення (спочатку клієнт хоче не розуміти, а насолоджуватися). Далі потрібно дистанціюватися від цього фантазму і створити новий, який стане для клієнта не просто несвідомим сценарієм задоволення, а й *моментом істини* — такою точкою збігу Символічного з Реальним, у якій суб'єкт досягає остаточної ідентичності із самим собою.

Із психотерапевтичних відносин має бути виключено власне Я терапевта. Ідеальний терапевт — це Інший як місце в структурі Символічного. Аналіз полягає в тому, щоб дозволити суб'єкту усвідомити свої стосунки не з власним Я аналітика, а з тими Іншими, які і є його істинними, але невпізнаними співбесідниками. Суб'єкт покинаний поступово відкрити для себе, до якого Іншого він, не усвідомлюючи, звертається насправді.

Фантазм, у якому фігури клієнта, аналітика, суб'єкта, Іншого можуть переплітатися і поєднуватися в будь-яких варіантах, є формою артикуляції значень і сенсів, що перебувають «по той бік мови». Психотерапевтичний дискурс на рівні фантазму може забезпечити запропонований Лаканом «зв'язок зі справжнім Іншим», з Іншим, чия відповідь завжди виявляється несподіваною і визначає собою закінчення аналізу.

Запитання. Завдання

1. Охарактеризуйте мовну природу несвідомого.
2. Чим відрізняються повне і порожнє мовлення?
3. Дайте визначення понять «означуване» і «означувальне» у психотерапії.
4. Які реєстри психіки описано у структурному психоаналізі? Охарактеризуйте кожний із них.
5. Що таке стадія дзеркала? Яка її роль у психічному розвитку суб'єкта?
6. Як Лакан трактував бажання? Чому воно посідає таке важливе місце серед категорій структурного психоаналізу?
7. Окресліть роль метафори і метонімії в дискурсі клієнта.
8. Яке значення має фантазм для психотерапії?
9. Як розв'язується проблема закінчення терапії в структурному психоаналізі?

11.

Нові підходи у психотерапії

Психотерапія розвивається разом із людською природою. Еволюція цієї науки відбувається теоретичним та емпіричним шляхами. Теоретичний шлях полягає в тому, що з розвитком нових психологічних теорій або завдяки міждисциплінарному синтезові формуються нові моделі психотерапевтичної допомоги. Саме так склалися різноманітні психоаналітичні школи і напрями, дазейн-аналіз, терапія на основі ідеї самоактуалізації тощо, які загалом відповідають приписам науково-академічного знання. Хоча деякі сучасні психотерапевтичні напрями — нейролінгвістичне програмування (НЛП), еріксонівський гіпноз, онтопсихологія А. Менегетті є яскравими прикладами паранаукової раціональності. На відміну від теоретичного шляху емпіричний (феноменологічний) представлено напрями, які виникають у відповідь на практичний запит від певних соціальних груп чи категорій клієнтів, наприклад системна сімейна психотерапія, арттерапія, психодрама, метод сімейних розстановок Б. Хелінгера та ін.

11.1. Постмодерністські ідеї в психотерапії

Найновішим напрямом психологічної науки є постмодерністська рефлексія індивідуально-особистісної та соціально-психологічної проблематики. В Україні постмодерн як філософська засада аналізу психологічних феноменів поки що недостатньо розвинутий, і в цьому полягає відставання психотерапії від потреб життя. Адже сучасний індивід у суспільстві діє і спілкується інакше, ніж за часів З. Фрейда, М. Кляйн, К.-Р. Роджерса і навіть Ж. Лакана.

Чіткого визначення поняття «постмодернізм» не існує (і, за його приписами, не може існувати). Його вживають для визначення характерного для сучасної культури типу філософії, яка дистанційована як від класичної, так і від некласичної філософських парадигм. Світоглядну парадигму постмодернізму розроблено у працях Ж. Бодрійяра, Ж. Дельоза, Ф. Гваттарі, Ю. Крістєвої, Ж.-Ф. Ліотара, Ж.-Л. Нансі.

Різноманіття індивідуальних, колективних психічних явищ неможливо втиснути навіть у найдовершенішу класифікаційну схему. Такі феномени, як інсайт, сновидіння, трансперсональне переживання, синхроністичність, важко описувати мовою однієї психологічної теорії. Розуміння відносності, приблизності будь-якого опису, уявлення про те, що кожна галузь наукового знання оперує своїми розповідями, створеними за певними правилами, і є тим, що Ж.-Ф. Ліотар називав «станом постмодерну».

Постмодернізм багато запозичив із теорії Ж. Лакана, зокрема, термін «Уявне», надавши йому широкого соціального смислу. Уявне («низка фікцій, для окремого індивіда») є проблемою не саме по собі, а лише тоді, коли ізолює, відчужує суб'єкта від його власного унікального внутрішнього досвіду. Так само це стосується процесів спотворення дійсності (психологічні захисти). На думку постмодерністів, стратегії підміни, імітації, симуляції є головною віссю сучасного суспільства. Людська життєдіяльність майже не дає Реальному можливостей для прояву, а більшість соціальних занять і обов'язків описується категорією «гіперреальне»,

що складається з примар реальності — симулякрів (Ж. Бодрійяр).

Симулякр (лат. *simulatio* — вдавання) — заміна реальних речей або відчуттів підробками.

При цьому сфера фальсифікації зачіпає радше словий бік речей і подій, ніж їх онтологію. Наприклад, одним із типових для сучасного соціуму проявів подружньої любові є подарунки. Якщо чоловік робить їх, виражаючи і символізуючи в такий спосіб свої почуття, — це природна форма стосунків. Зроблені подарунки без справжнього почуття чи замість нього є симулякрами. Симулякри надзвичайно поширені — вони становлять основу реклами, ангажовані шоу-бізнесом, представлені в політичних маніпуляціях тощо.

Для психотерапевта проблемою є не окремий симулякр чи їх група, а властива деяким клієнтам *стратегія симуляційного моделювання дійсності* — система послідовного використання поведінкових стереотипів, які віддаляють людину від її справжньої екзистенційної природи та потреб, призводять до некритичного засвоєння стандартів, пропонованих середовищем мас-медіа. Уявне такої людини розширюється і росте, а доступ до її двох інших реєстрів ускладнюється. Вона пізнає природу з телепрограм, кохання — з глянцевих журналів, літературу — з дайджестів. Споживання за приписами рекламних стандартів — її основна втіха. Прилучити таку людину до Символічного або повернути до Реального надзвичайно важко — її бажання узурповане соціумом і перетворилося на симулякр.

Оригінальну теорію бажання запропонували філософ Жіль Дельоз і психоаналітик Фелікс Гваттарі, назвавши її *шизоаналізом*. У своїй роботі «Анти-Едіп (капіталізм і шизофренія)» (1972) ці автори здійснили фундаментальне структурно-аналітичне дослідження бажання. Як і Лакан, вони трактують його як бажання Реального, про яке суб'єкт нічого не знає. Бажання несвідоме, відчужуване від потреби витісненням, його не можна виразити в запиті, зверненому до іншої людини. Лакан говорив про неспівмірність між бажанням і потребою: простий сексуальний потяг жадає задоволення, а любов — це бажання Іншого (людина бажає, щоб її бажали). Ідеальний коханий — той, хто завжди бажає

іншого як об'єкта своєї любові. Водночас бажання Іншого формує людину як певну суб'єктивність — цей процес називають *актом конституювання суб'єкта*.

Предметом свого дослідження Дельоз і Гваттарі обрали способи конституювання суб'єкта бажання, виробивши для нього особливий стиль викладу, який є одночасно психіатричним і політичним. Текст праці «Капіталізм і шизофренія» позначено спробою вислизнути з-під того, що автори називають «диктатом означуючого»; виразити невимовне і не потрапили під обмеження, що накладаються будь-якими засобами вираження.

Дельоз і Гваттарі спробували описати глибинну психічну реальність суб'єкта за допомогою мови, в якій означувальне не працює. Несвідоме не означається («для нас несвідоме нічого не значить, так само як і мова»). Для цього постмодерністи намагаються вийти за межі розриву між суб'єктом висловлювання і суб'єктом висловленого. У реченні «Хай живе вільна думка!» міститься не тільки заклик, а й констатація факту, що вільна думка вже не живе (вмерла). Вислів загалом ілюструє неспівмірність між бажанням і потребою.

Теорія Дельоза і Гваттарі ґрунтується на пізнанні владного характеру, якого набувають в будь-якому суспільстві або культурі способи вираження бажання і форми його задоволення. Будь-який спосіб вираження визначає бажання. Бажання Реального, про яке суб'єкт нічого не знає, перетворюється на бажання чогось (суспільство через свої соціально-економічні, політичні і культурні інститути конкретно визначає, чого саме). Тоді єдиний спосіб утвердити індивідуальну суб'єктивність — вислизнути від будь-яких означувальних систем, допомогти своєму реальному «просочитися» крізь найдрібніші фільтри соціальної влади. Для цього необхідні активні і позитивні лінії вислизання, які ведуть до бажання, машин бажання та організації суб'єктивного поля бажання.

Сукупність усіх можливих форм прояву і реалізації бажання Дельоз і Гваттарі називають «виробництвом бажань», яке є результатом дії «машин бажання». Суб'єкт — це зв'язок між «машинами-органами», носіями (виробниками) безособових бажань і «тілом без органів» — певною потенційною можливістю різноманітних бажань. Це може бути, наприклад, тіло влади, капіталу,

дискурсу, їжі тощо. Суб'єкт, який встановив із ними зв'язок, бажає високого соціального статусу, грошей, говорити, їсти та ін. Отже, суб'єкт гранично несвідомий, він є моментом зв'язку механізму бажання з можливістю, самим цим зв'язком, а не тим, що виникає, оформляється, конститується в момент усвідомлення і задоволення прагнень.

Суб'єкт не виробляється окремими актами поєднання машини бажань із тілом без органів. За їх допомогою процес бажання записується на поверхні тіла без органів. У формі запису таких можливостей конститується саме «тіло без органів». Так виникають прийняті в культурі схеми жадання, що зумовлюють, кого або чого, як і в яких ситуаціях може забажати суб'єкт. Через свою неусвідомленість, прихованість, абстрактність вони володіють силою, що справді зачаровує: людина знає, чого хоче, і відчуває силу свого бажання, але зовсім не здатна відповісти на питання, чому хоче саме цього, саме такого. Так «машина бажань» перетворюється на «машину чарівництва».

Інший, альтернативний шлях — траєкторія вислизання. Суб'єкт ковзає по «тілу без органів» і не приєднується до нього своїми бажаннями. Бажання ніби прослизає крізь «тіло без органів», у будь-який момент часу суб'єкт може задовольнити бажання і відчути насолоду — не від того, що він одержав, придбав, засвоїв або проявив, а від відчуття «це ж я...», «це моє...». Таке несвідоме задоволення від своєї істинної суті властиве «неодруженій», «безшлюбній», машині — чистому бажанню суб'єкта. Несвідоме само себе відтворює, а людина при цьому переживає ні з чим не порівнянне відчуття власної достовірності. «Це ж я, ніякий, нічий, рівний лише собі самому...». Буття людини природне, вона просто живе — подібно до того, як природні явища і процеси не переслідують жодних спеціальних цілей, вони просто є. Так само і суб'єкт як «безшлюбна машина» просто є, як «машина бажання» хоче бути, а під владою «машини чарівництва» повинен і змушений бути таким, як культурний зразок, записаний у конкретному «тілі без органів».

У терапевтичній роботі завжди потрібно чітко уявляти діалектику несвідомих бажань учасників аналізу, інакше психотерапевт може легко втягнутися в нескінченне виробництво «машин бажання», в ролі яких

поперемінно виступатимуть суб'єкти, що конституюють себе в аналітичному процесі.

Іноді проекції несвідомих бажань спричиняють чималі труднощі.

Клієнтка, жінка 35 років, на груповій роботі висловила незвичайну скаргу:

К.: У мене є одна проблема, насправді дуже серйозна: я просто не можу дивитися по телевізору програму N. Там ведучий, ви всі знаєте, такий... хитрий... як же його звуть... (забула прізвище). Словом, він мені страшенно неприємний. Я просто відвертаюся і виходжу з кімнати, якщо йде ця передача.

У процесі групової терапії з'ясувалося, що за неприязню до телеведучого приховані складні, амбівалентні почуття клієнтки до її знайомого. Один із членів групи спробував зрозуміти, чим той ведучий нагадує її приятеля. Виявилось, що зовні вони зовсім не схожі. Тоді терапевт висловив припущення, що цей знайомий скидається на ведучого телепрограми стилем взаємодії з клієнткою. Вона охоче з цим погодилася, а потім розплакалася і відмовилася обговорювати проблему в групі.

В індивідуальній роботі клієнтка визнала, що стосунки з цим чоловіком, дуже значущі для неї, зайшли в глухий кут.

К.: Я розумію, що він просто використовує мене. Неначе грає в дуже хитру гру — і завжди у виграші. Знаєте, як і ведучий телепрограми: видно, що він розумніший і хитріший за всіх тих, хто в студії, і завжди виставляє їх дурнями. А вони все одно дивляться йому в рот і чекають призив. Подарунки йому дарують, підлабузнюються і ще сподіваються на успіх. Я просто не можу на це дивитися — так і хочеться крикнути: ви що, не розумієте, що вас дурять?!

Було очевидно, що ігрова ситуація взаємодії телеведучого з учасниками телешоу є своєрідною міметичною копією стосунків клієнтки з її коханим. Тому телепрограма постійно нагадує їй про неблагополуччя в особистому житті. У процесі подальшої бесіди з'ясувалося, що клієнтка ідеалізує коханого. Спроба допомогти поглянути на ситуацію об'єктивніше викликала сильний опір.

Т.: Що вас особливо зачіпає в поведінці приятеля?

К.: Потрібно весь час ховатися. Врешті-решт, ми ж не діти.

Т.: Він приховує роман з вами?

К.: Ну, він, знаєте, посідає досить високе становище. Йому негоже до мене приходити. Послухайте, ви розумієте, що я хочу

сказати... (пряма вказівка клієнтки аналітику, що для правильного розуміння йому треба уважно слухати).

Т.: А вас це влаштовує?

К.: Не те щоб ні, радше не зовсім. (Лінія вислизання проходить через дискурс). Мені хотілося б не бути більше... Ні, радше не хотілося, а так виходить, що я значу... можу... одним словом, я менше, ніж інші.

Т.: Поясніть, будь ласка, в чому річ.

К.: Не скажу, що мені це подобається, але це життя. Таке життя мене не влаштовує, а іншого немає. Я зовсім заплуталася, як ті гравці в студії. Особливої радості немає, але жити інакше — не виходить. Я з ним відчуваю себе маленькою і дурною, і нічого не змінюється. А його це влаштовує... сильно влаштовує це... це його... (Клієнтка починає лепетати, як маленька дівчинка, і врешті-решт замовкає).

Слухаючи цей досить незв'язний монолог, терапевт звернув увагу на знижену критичність сприйняття життєвої ситуації. Дискурс клієнтки ухилявся від аналізу, а сама вона «вислизала» з терапевтичної ситуації. Аналітик зрозумів, що мовна поведінка жінки на сеансі — теж міметична копія: вона поводить себе як маленька дівчинка і такою постає у взаємодії з коханим. Підкреслені висловлювання вказують на несвідоме бажання бути маленькою. Очевидно, чоловік використовує це бажання у своїх інтересах, тому клієнтка, з одного боку, незадоволена, а з іншого — як «машина бажання» — знаходить у ситуації, що склалася, несвідоме задоволення. На зразок тих самих учасників телешоу, вона намагається виграти у грі без правил.

Стало зрозуміло, чому ця ситуація є дискомфортною, залишається нерозв'язаною. Фактично у стосунках з цим чоловіком клієнтка відчуває себе юною, недосвідченою дівчиною, майже дівчинкою. Їй до душі це, а партнер спокушений можливістю мати в одній особі і досвідчену коханку, і наївну, безпорадно-привабливу дівчину. Вони взаємно підтримують спільну інфантильну фантазію, невідповідну зовнішньому соціальному світу, в якому клієнтка повинна поводитися по-дорослому. Телешоу і його ведучий як ігрова міметична копія реальних стосунків утрудняють «вислизання» і нагадують про уявний характер взаємодії.

Постмодерністська психологія має великі перспективи щодо розбудови нових форм і технік психотерапевтичної практики. Висхідний принцип постмодерністської методології, який полягає у розумінні відносності,

приблизності будь-якого опису, а також уявлення про те, що кожна галузь наукового знання оперує своїми розповідями (recit), створеними за певними правилами, набуває значного поширення. А психотерапія, яка складається переважно з описів і розповідей (перед лицем Іншого), може запозичувати постмодерністські ідеї як теоретичну базу для створення власного дискурсу та його аналізу.

Теоретичні засади психотерапевтичної роботи (на відміну від її практичних прийомів та форм) розвиваються і змінюються і трансформуються. Існує чимало перспективних теорій, володіння якими сприяє установленню принципово нових форм психотерапії. Залишається тільки знайти засоби заохочення психотерапевтів і психологів-практиків активніше освоювати нові теоретичні парадигми.

11.2. Емпіричні підходи в сучасній психотерапії

Стрімкий розвиток технологій зумовлює зміни в суспільстві і повсякденному житті людей, темп якого поступово прискорюється. З'являються нові стресогенні фактори, змінюються погляди на моральні норми, виникають нові цінності та уявлення про життєвий успіх — усе це глибоко позначається на психіці людини. У сучасних клієнтів інші проблеми і труднощі, вони інакше формулюють свій запит, ніж це було у ХХ ст., і традиційна теоретична психотерапія не завжди в змозі їх задовольнити. Тому постають нові підходи, орієнтовані на практичні потреби клієнтів.

Емпіричні напрями представлені переважно різновидами сімейної психотерапії, започаткованої наприкінці 50-х років ХХ ст. працями Карла Вітакера, Сальватора Мінухіна, Вірджинії Сейтер, Джорджа Хейлі та ін. Ідея про те, що сім'я — це складна динамічна система, проблеми в якій позначаються на всіх її членах, виявилась надзвичайно плідною у психотерапевтичному плані. *Системна сімейна терапія* розглядає сім'ю (нерідко з двох-трьох поколінь) як свого основного клієнта і працює одночасно з усіма її членами або з

сімейними парами чи групами. Члена сім'ї, якого всі інші вважають «головною проблемою» (син-двієчник чи батько-алкоголік), ця парадигма трактує як ідентифікованого пацієнта, але терапія ніколи не обмежується роботою тільки з ним.

Найвідомішими серед сучасних різновидів системної сімейної психотерапії є трансгенераційна модель, міланська модель і системно-феноменологічний підхід.

Трансгенераційна модель (модель декількох поколінь). Її розробив І. Бузормені-Надя, надалі розвинув Хельм Штірлін у концепцію делегування відповідальності. У ній значну увагу приділено «наказам і напучуванням» старших поколінь. Діти і онуки часто живуть за неусвідомленими планами своїх батьків, дідів і прадідів, запозичують у них цінності і життєві сценарії. Дорослі почуваються відповідальними за те, щоб справдилися надії і очікування давно померлих предків. На цьому ґрунті виникає багато життєвих проблем, які і розв'язує трансгенераційна школа психотерапії.

Міланська модель. Фундаторами цього підходу є італійські психотерапевти Мара-Сельвіна Палацоллі, Луїджі Босколо, Джанфранко Чеккіна і Джуліана Прата. Основними принципами є нейтральність терапевта (він не стає ні на чий бік і не робить висновків про те, хто з членів сім'ї правий, а хто — ні), циркулярність запитань (їх ставлять по колу) і розроблення гіпотез щодо доцільності існування певних сімейних зв'язків, норм або цінностей. Міланська школа розробила спеціальний сетинг, який вважають її «фірмовою ознакою». Чотири (або два) терапевти опитують сім'ю, при чому двоє з них розмовляють з членами сім'ї, а двоє спостерігають за цим, сидячи за прозорим з одного боку дзеркалом. Інтерв'ю триває годину-півтори, при цьому не надається жодних інтерпретацій. Потім всі терапевти півгодини радяться в окремому кабінеті з метою виробити спільне розуміння сімейної ситуації, поради, рекомендації. Після чого знов-таки двоє терапевтів надають сім'ї висновки й інтерпретації переважно у парадоксальній формі, а двоє спостерігають за реакцією. Відтак вони знову обговорюють те, як пацієнти сприйняли їх терапевтичну інтервенцію (втручання). Наступна зустріч відбувається за таким самим сценарієм через тиждень, і впродовж цієї перерви психотерапевти не

беруть до уваги жодних скарг або прохань членів сім'ї (їх вважають спробами заблокувати зміни в сімейній системі).

Міланську модель вважають ефективною, її успішно використовують для роботи з сім'ями шизофреніків.

Системно-феноменологічний підхід Б. Хелінгера (метод сімейних розстановок). Це проста, короткочасна і нині дуже модна психотерапевтична школа. Терапевт розпитує клієнта про всіх його родичів у минулому і нині, а потім пропонує вибрати з терапевтичної групи людей, які втілюватимуть ці фігури. Велике значення при цьому надають символічним членам сім'ї: померлим родичам, ненародженим дітям, особами, які були тісно пов'язані з сім'єю (наприклад, жертва злочину, скоєного кимось із членів сім'ї). Клієнт розставляє цих уявних родичів так, як вони здаються йому поєднаними, і спілкується з ними. При цьому вивільняються його приховані почуття і потаємні думки, розстановка завершується катарсисом (емоційним звільненням).

Окрім специфічних терапевтичних процедур, сімейна психотерапія не ставить на меті розробити власні теоретичні підходи. Для інтерпретації сімейні терапевти використовують, як правило, психоаналітичні або когнітивні теорії. То ж назва «емпіричні» для них є цілком виправданою.

На межі між академічною і паранауковою традиціями сформувався трансперсональний підхід американського психотерапевта Стенлі (Станіслава) Грофа. Це маргінальний напрям, оскільки його теоретичні підвалини склалися на основі досвіду ЛСД-терапії. Змінені стани свідомості породжують цікавий і загадковий світ нових реальностей, багато з яких мають значний психотерапевтичний потенціал, проте досліді в цьому напрямі, як засвідчує накопичений у медицині досвід використання психоактивних речовин, слід проводити з максимальною обережністю.

С. Гроф намагався пов'язати *базові пренатальні матриці* (структуровані комплекси спогадів, фантазій, образів, тілесних відчуттів, об'єднаних спільним емоційним фоном, які співвідносяться з певними етапами допологового розвитку) з типологією психічних розладів, психологічних проблем та кризових переживань. Однак з погляду наукової психології його теоретичні

концепти потребують ґрунтовнішого підтвердження, ніж переживання і образи, що формуються під впливом ЛСД, псилоцибіну або гіпервентиляції легень (холодногo дихання).

До нових підходів належить також група розширених і детально розроблених методів традиційних психотерапевтичних шкіл. Це, наприклад, бодинаміка (з метою поліпшення особистісного зростання вона використовує тілесно орієнтовані техніки за спеціальними схемами); кататимно-імаґинативна терапія (різновид юнґіанства, що аналізує марення і сни наяву); ребефінґ (повторне народження); терапія первісного крику А. Янова, основана на трансперсональній теорії С. Грофа, та ін. Фактично це ґрунтовно розбудовані і укладені в певну систему окремі психотерапевтичні прийоми.

Запитання. Завдання

1. Поясніть причини виникнення паранаукових психотерапевтичних підходів.
2. Як вплинула філософія постмодернізму на розвиток психотерапії?
3. Який, на вашу думку, терапевтичний потенціал має теорія шизоаналізу Ж. Дельоза і Ф. Гваттарі?
4. У чому полягає специфіка емпіричних психотерапевтичних шкіл?
5. Розкрийте особливості системної сімейної психотерапії.
6. Охарактеризуйте сучасні тенденції в розвитку психотерапії.

Термінологічний словник

Аб'юз — нестерпні умови життя дитини (постійне жорстоке биття, сексуальне насильство, голод, відсутність елементарного догляду, турботи і медичної допомоги).

Ад'єкт — об'єкт, який утворився в результаті відокремлення від материнського цілого.

Активна уява — техніка роботи з образами, запропонована в юнгіанстві, що полягає в інтерактивній взаємодії з образами і символами, які продукуються несвідомим.

Ампліфікація (лат. *amplificatio* — збільшення, розширення) — у психотерапії — збагачення змісту образів, символів або інших продуктів мислення і уяви людини за рахунок міфологічної, релігійної, літературно-художньої традиції.

Аніма (лат. *anima* — душа) — архетип структури особистості, уособлення жіночого начала в чоловічій психіці; відповідає за емоційне і чуттєве життя чоловіка, його кохання, пристрасі, відіграє важливу роль у подружніх стосунках.

Анімус — архетип чоловіка у психіці жінки, який формується на основі досвіду спілкування з чоловіками і регулює інтелектуальну активність жінки, її кар'єру, впливає на мислення і абстрагування.

Архетип (грец. *archētypos* — першообраз) — універсальна структура, що акумулює досвід колективного несвідомого, об'єднаний навколо важливих образів чи ідей (Тінь, Персона, Божественне Дитя, Велика Мати), і через яку несвідоме впливає на поведінку та психіку.

Архетипічна психологія — заснований Дж. Хілманом пост'юнгіанський напрям, що ґрунтується на визнанні незалежної цінності архетипів і пропонує як основний терапевтичний метод інтерактивну взаємодію з їх проявами та уособленнями.

Відреагування — дії, адресовані психотерапевту, які клієнт із різних причин (страх, повага, несміливість, трансферентна закоханість) спрямовує на своє оточення.

Гештальт (нім. *Gestalt* — образ, структура, цілісна форма) — цілісна структура, що описує єдність і взаємозалежність потреб особи, її власної активності і навколишнього середовища.

Грубий опір — поведінка клієнта, яка проявляється у порушеннях графіка (сетингу) терапевтичної роботи (спізненнях, пропусках сеансів тощо) або впертому мовчанні.

Депресивна стадія (позиція) — друга стадія розвитку об'єктних відносин, що визначається спробами дитини перебороти відчай і тривогу від того, що мати залишає її на деякий час.

Дефлексія (лат. *de* — префікс, що означає відміну, видалення, і *flexio* — згинання) — намагання людини уникнути спілкування з іншими тут-і-тепер.

Децентрація (лат. *de* — префікс, що означає відміну, і *centrum* — центр, осередок) — подолання егоцентричності особистості завдяки зміні її поглядів, позицій при зіставленні їх із поглядами і позиціями інших людей.

Дискурс (лат. *dicursus* — міркування) — мовлення в контексті життєвого світу людини, «мовлення, занурене в життя».

Дискурсивна практика — специфічна форма використання мови для мовлення, яке структурує окремий психотерапевтичний напрям або школу.

Дистанціювання (лат. *distantia* — відстань) — здатність до об'єктивного розгляду автоматизмів (дій, які відбуваються без участі свідомості).

Довільно плаваюча увага — модус професійної активності психоаналітика, який допомагає йому виокремлювати головне та другорядне в дискурсі пацієнта і визначається несвідомими інтенціями психотерапевта та його досвідом аналітичної роботи.

Екзистенційний (лат. *existentia* — існування) **вакуум** (лат. *vacuum* — пустота) — специфічний психічний стан, що переживає людина у зв'язку з втратою сенсу життя; супроводжується відчуттями нудьги і порожнечі.

Злиття — недостатнє відокремлення людиною себе від навколишнього світу.

Значущий дотик — форма терапевтичного контакту, вибудованого на автентичному досвіді близькості, розуміння і прийняття клієнта при безпосередній тактильній взаємодії.

Ізоляція (франц. *isoles* — відділяти, відокремлювати) — відокремлення суб'єкта від звичних умов життя, спілкування і власного внутрішнього світу.

Імагінативна (лат. *imago* — образ) **активність** — творча уява, організована за певними приписами, що продукує образи і символи, які потім стають об'єктом психотерапевтичної інтерпретації.

Індивідуація (лат. *individuo* — неподільний) — відновлення та розгортання первинної цілісності і єдності індивіда, максимальна реалізація його сутності.

Інтенціональність (лат. *intentio* — намір, прагнення, спрямованість) — базова сенсоутвірна спрямованість свідомості до світу, що полягає у формульованому ставленні до предмета і прагненні особистості реалізувати власні наміри.

Інтерпретація (лат. *interpretatio* — пояснення) — у психотерапії — тлумачення певних аспектів життя, ідей, образів, довільних асоціацій.

Інтроекція (лат. *intro* — всередину і *jectio* — вкидання) — поглинання і привласнення будь-яких норм, стандартів поведінки, поглядів, думок і цінностей без спроби розібратися в них і критично переосмислити.

Інцест (лат. *incestum* — непристойний) — сексуальні стосунки з близькими родичами.

Інший — об'єкт, завдяки якому індивід усвідомлює фундаментальні відмінності власних якостей, екзистенції, бажань та ін.

Катексис — спрямування сексуальної енергії лібідо на певні об'єкти, образи, форми активності та ін.

Кларифікація — в когнітивній психотерапії — процедура пояснення, за допомогою якого клієнт вчиться розпізнавати свої ірраціональні установки, узагальнювальні судження, алогічні умовиводи

та інші огріхи когнітивного функціонування, що призводять до психологічних проблем.

Клієнт-центрована психотерапія — метод, орієнтований на актуалізацію за допомогою розуміючого і глибоко особистого контакту між клієнтом і терапевтом уродженої тенденції організму і психіки до розвитку, самоорганізації і самозбереження з метою досягнення внутрішньої гармонії і задоволеності життям.

Когнітивна (лат. *cognito* — знання) **психотерапія** — сукупність психотерапевтичних методів, що ґрунтуються на уявленні про примат свідомого, раціонального аспекту психіки у розв'язанні психологічних проблем, зокрема особистих та емоційних.

Когніція — думка, погляд або переконання людини щодо властивостей навколишнього світу, причинно-наслідкових зв'язків.

Конгруентність (лат. *congruens* — збіг) — рівнозначність, взаємовідповідність якісно рівноцінних станів, процесів або переживань.

Лібідо (лат. *libido* — бажання) — психічна енергія сексуального характеру, що може витратитися (катектуватися) на задоволення певної кількості бажань або прагнень, які конкурують одне з одним.

Логотерапія (грец. *logos* — сенс, знання і *therapeia* — лікування) — метод психотерапії, що ґрунтується на системі філософських, психологічних і медичних поглядів на природу людини, центральним компонентом якої є прагнення до сенсу.

Межі Я — специфічне відчуття відокремленості власного Я від думок, поглядів, бажань інших людей.

Міметична (грец. *mitetes* — наслідувач) **копія** — відтворення клієнтом у терапії своїх проблем або витіснених бажань.

М'язовий панцир — психосоматичний феномен, пов'язаний із формуванням системи м'язових «закимів», який відповідає невротичній структурі характеру і є тілесним аналогом психологічних захистів.

Нарцисизм (грец. *Narkissos* — ім'я міфічного персонажа) — ідеалізація власного Я, прагнення справляти враження бездоганної істоти — розумної, красивої, довшеної, а також ненаситний пошук підтримки цієї ілюзії оточенням.

Негативна терапевтична реакція — прояви поведінки клієнта, пов'язані з його небажанням закінчувати терапію.

Ноогенні (грец. *noos* — розум, мислення) **неврози** — неврози, породжувані втратою сенсу життя.

Об'єктні (лат. *objectus* — предмет) **відносини** — будь-які стосунки суб'єкта з іншими людьми.

Означуване — у структурному психоаналізі — несвідоме, Реальне, те, що повинно бути визначене за допомогою лінгвокультурних чинників (у психоаналізі — спеціальних семіотичних процедур).

Означувальне — у структурному психоаналізі — слова, образи, почуття, культурні концепти, символи, за допомогою яких визначаються інтенції та змісти несвідомого-Реального.

Онейрологія — наука про сон і сновидіння.

Опір — специфічна установка пацієнта на заперечення знань, одержаних у результаті інтерпретації несвідомого змісту і витіснених бажань.

Параноїдно-шизоїдна стадія (позиція) — перша стадія розвитку об'єктних відносин (за М. Кляйн), на якій немовля не відрізняє себе від навколишнього світу і не розрізняє позитивних і негативних аспектів дійсності; фіксація на ній призводить до розхитування меж Я і виникнення персекуторної тривоги (тривоги переслідування).

Перенос (трансфер) (лат. *transfero* — *переношу*) — трансформація психотерапевтичних відносин, що відбувається під впливом несвідомих бажань пацієнта і полягає в тому, що він переносить на аналітика почуття, пов'язані зі значущою фігурою власного дитинства (мати, батько, близькі родичі).

Персона — «зовнішній» архетип структури особистості, який уособлює риси і якості, необхідні для суспільного життя та спілкування.

Проекція (лат. *projection* — *викидання*) — винесення зовні внутрішніх процесів або їх причин, спроба покласти на середовище відповідальність за те, що виходить із самої людини.

Психологічний захист — стійкі способи сприйняття і переживання світу, властиві кожній людині, у процесі яких окремі аспекти дійсності вона змінює, викривляє так, щоб дійсність здавалася зручнішою, сприятливішою, не загрозливою.

Психологічний тренінг (англ. *training* — *тренування*) — стандартизовані форми поведінкової терапії, поширені в сучасному суспільстві, у межах яких відбувається оволодіння новим (або ефективнішим) досвідом спілкування, самопізнання, професійної діяльності, креативності, відносин з певними категоріями людей та ін.

Психосоматичний резонанс — психосоматичний відгук у тілі терапевта на процеси й реакції, що відбуваються в тілесній сфері клієнта у процесі психотерапії.

Психотерапія (грец. *psychē* — *душа* і *therapeia* — *лікування*) — галузь психології, що вивчає механізми, способи і прийоми професійного надання психологічної допомоги з метою розв'язання проблем, звільнення від психосоматичних симптомів або актуалізації резервів особистісного зростання.

Рапорт (франц. *rapport* — *повернення*) — міжособистісний зв'язок, у якому один із суб'єктів свідомо регулює поведінку та дії іншого, який неусвідомлено підкоряється впливу (наприклад, у гіпнозі).

Реальне (лат. *realis* — *дійсний, справжній*) — реєстр психіки, де накопичений досвід до-мовного, до-мовленнєвого існування.

Регресія (лат. *regressus* — *зворотний рух*) — процес повернення індивіда на попередні стадії розвитку особистості, об'єктних відносин чи когнітивних процесів, що відбувається в умовах різкого погіршення умов існування, при хворобах, травмах або в межах спеціального психотерапевтичного впливу (аналітична регресія).

Ретрофлексія (лат. *retro* — *назад* і *flexio* — *згинання, відхилення*) — спрямування людиною всієї енергії на зміну себе.

Роджеріанство — запропонована К.-Р. Роджерсом модель гуманістичної (центрованої на клієнті) психотерапії, згідно з якою спеціально організовані терапевтичні відносини є основним чинником особистісних змін.

Самість — центральний архетип структури особистості, який уособлює максимальну повноту її самореалізації, творчий потенціал і різноманітні можливості та життєву силу.

Самоактуалізація (від лат. *actualis* — дійсний, справжній) — прагнення людини до повнішого розвитку і реалізації власного потенціалу і можливостей; синонім поняття «самореалізація».

Семіозис (грец. *sema* — знак) — породження нових сенсів або трансформація і зміна існуючих.

Семіосфера (семіотичний простір) — сукупність усіх шкіл, напрямів і підходів до надання психологічної допомоги, об'єднаних спільною метою, принципами і правилами семіотичних трансформацій.

Сетинг (англ. *set* — встановлений) — розпорядок психотерапевтичного процесу (частота зустрічей, їх кількість, вартість сеансу тощо).

Символ (грец. *symbolon* — знак, прикмета) — специфічна форма знакового виразу вищої, принципово не знакової суті, що співвідноситься з групою сенсів та значень і сприяє висловлюванню комплексу відчуттів чи емоцій (переживань).

Символічне — у структурному психоаналізі — реєстр психіки, де зосереджені культурні норми та обмеження, змісти, значення та інші семіотичні ресурси для означування (артикуляції) імпульсів і змістів Реального.

Симулякр (лат. *simulatio* — вдавання) — заміна реальних речей або відчуттів підробками.

Соматичний (лат. *soma* — тіло) (вегетативний) резонанс — здатність терапевта до ідентифікації з соматичними реакціями клієнта; наявність соматичного відгуку у відповідь на процеси і реакції, що відбуваються в тілесній сфері клієнта у процесі психотерапевтичної взаємодії.

Теменос — місце або стан, у якому клієнт відчуває себе захищеним від хтонічних, тіньових аспектів колективного несвідомого або власної психе.

Терапевтичний (грец. *therapeia* — лікування) альянс (франц. *alliance*, від *allier* — сполучати) — раціональні нетрансферентні відносини психотерапевта з клієнтом, що містять загальний договір про терапію, її тривалість, мету, частоту зустрічей, вартість і умови припинення.

Тілесна техніка — психотерапевтичні і розвивальні прийоми, значення і зміст яких пов'язані з опрацюванням і актуалізацією тілесного (соматичного) потенціалу особистості.

Тілесність — сутнісна характеристика людини, що полягає в соматичному опосередкуванні явищ суб'єктивної реальності внутрішнього світу.

Тінь — архетип структури особистості, який відображає негативні, «нижчі» риси і сторони людської природи: заздрість, жадібність, боягузтво, недбайливість тощо.

Фантазм (грец. *phantasia* — уява) — несвідомий сценарій отримання задоволення, план і спосіб задоволення бажань Реального, про які суб'єкт нічого не знає.

Фіксація (франц. *fixation* — закріплення, установлення) — зупинка психічного (психосексуального) розвитку на одній зі стадій, природа якої визначатиме у майбутньому специфіку психологічних проблем дорослої особистості.

Усвідомлення — центральна процедура гештальттерапії, у процесі якої клієнт входить у повноцінний контакт з навколишнім світом, усвідомлюючи власні бажання, почуття та відповідні їм властивості середовища.

Уявне — реєстр психіки, де містяться уявлення людини про себе і власне Я, місце локалізації психологічних захистів і опору.

Холдинг (англ. *holding*, від *hold* — тримати) — взаємини матері і немовляти: мати не просто тримає дитину на руках, а одночасно «підтримує» світ навколо неї, захищає, пояснює, надає впевненості тощо.

Шизоаналіз (грец. *schizo* — розсікаю) — психотерапевтична парадигма, що ґрунтується на запереченні легітимності просоціальних форм активності і підтриманні стратегій ухилення від соціально-нормативної детермінації людської екзистенції.

Я-концепція (лат. *conceptio* — сприйняття) **особистості** — стійка система уявлень особистості про себе, яка ґрунтується на усвідомленні й оцінюванні своїх фізичних характерологічних та інших властивостей; інтегрований образ власного Я, на основі якого людина формує свої стосунки з іншими людьми.

Литература

- Абабков А. А.** Проблема эффективности в психотерапии. — СПб.: Изд-во СПб. ун-та, 1998. — 76 с.
- Автономова Н. С.** Рассудок. Разум. Рациональность. — М., 1988. — 287 с.
- Александров А. А.** Современная психотерапия. — СПб.: Академический проект, 1997. — 335 с.
- Базисное руководство по психотерапии** / Под ред. А. Хайгль-Эвертс. — СПб.: Речь, 2002. — 784 с.
- Барт Р.** Избранные работы. Семиотика. Поэтика. — М.: Прогресс, 1994. — 446 с.
- Баскаков В. Ю.** Танатотерапия: теоретические основы и практическое применение. — М.: Институт Общегуманитарных Исследований, 2007. — 176 с.
- Батай Ж.** Внутренний опыт. — СПб.: Аxioma, 2000. — 286 с.
- Батай Ж.** Литература и Зло. — М., 1994. — 166 с.
- Бинсвангер Л.** Бытие-в-мире. — М.: Рефл-бук; К.: Ваклер, 1999. — 336 с.
- Боуэн М.** Духовность и личностно-центрированный подход // Вопросы психологии. — 1992. — № 3—4. — С. 24—33.
- Брукс Ч.** Чувственное сознание. — М.: Либрис, 1997. — 284 с.
- Бюддженталь Дж.** Искусство психотерапевта. — СПб.: Питер, 2001. — 304 с.
- Бюддженталь Дж.** Предательство человечности: миссия психотерапии по восстановлению нашей утраченной идентичности // Эволюция психотерапии. — М.: Класс, 1998. — Т. 3. — С. 180 — 200.
- Вайнер И.** Основы психотерапии. — СПб.: Питер, 2002. — 288 с.
- Введение в психотерапию** / Под ред. С. Блох. — Амстердам; К., 1997. — 280 с.
- Винни Пух** и философия обыденного языка / Сост. В. П. Руднев. — М., 1996. — 221 с.
- Винникотт Д. В.** Маленькие дети и их матери. — М.: Класс, 1998. — 80 с.
- Винникотт Д. В.** Пигля. Отчет о психоаналитическом лечении маленькой девочки. — М.: Класс, 1999. — 176 с.
- Гингер С.** Что такое гештальт? — СПб., 1996. — 41 с.
- Гуггенбуль-Крейг А.** Власть архетипа в психотерапии и медицине. — СПб.: Б.С.К., 1997. — 117 с.
- Гуревич П. С.** Судьба и учение Вильгельма Райха // Райх В. Страсть юности. Автобиография (1897—1922). — М.: Nota bene, 2002. — 368 с.
- Dasein-анализ** в философии и психологии / Под ред. Г. М. Кучинского, А. А. Михайлова. — Минск: ЕГУ, 2001. — 204 с.
- Делез Ж., Гваттари Ф.** Анти-Эдип. Капитализм и шизофрения. — Екатеринбург: У-Фактория, 2008. — 672 с.
- Делез Ж.** Логика смысла. — М.: Академия, 1995. — 298 с.

- Делез Ж.** Представление Захер-Мазоха // Захер-Мазох Л. фон. Венера в мехах. — М.: Ad Marginem, 1992. — С. 189—312.
- Демоз Л.** Универсальность инцеста // Психоистория. — Ростов-на-Дону: Феникс, 2000. — С. 450—503.
- Джендлин Ю.** Фокусирование. Новый психотерапевтический метод работы с переживаниями. — М.: Класс, 2000, — 448 с.
- Джонсон Р. А.** Сновидения и фантазии. — К.: Ваклер, 1995. — 312 с.
- Джонсон С.** Психотерапия характера: Практическое руководство. — М.: Центр психологической культуры, 2001. — 356 с.
- Дюмезиль Ж.** Верховные боги индоевропейцев. — М.: Наука, 1986. — 234 с.
- Зеленский В. В.** Толковый словарь по аналитической психологии. — СПб.: Б&К., 2000. — 324 с.
- З. Фрейд,** психоанализ и русская мысль / Ред.-сост. В. М. Лейбин. — М.: Республика, 1994. — 384 с.
- Калина Н. Ф.** Лингвистическая психотерапия. — К.: Ваклер, 2000. — 282 с.
- Калина Н. Ф.** Основы психоанализа. — М.: Рефл-бук; К.: Ваклер, 2001. — 352 с.
- Калина Н. Ф.** Основы психотерапии. — М.: Рефл-бук; К.: Ваклер, 1997. — 272 с.
- Калина Н. Ф., Тимощук И. Г.** Основы юнгианского анализа сновидений. — К.: Ваклер, 1997. — 304 с.
- Кембриджское руководство по аналитической психологии /** Под ред. П. Янг-Айзендрат, Т. Даусон. — М.: Добросвет, 2000. — 477 с.
- Кляйн М., Айзекс С., Ривери Дж., Хайманн П.** Развитие в психоанализе. — М.: Академический проект, 2001. — 512 с.
- Кляйн М.** Зависть и благодарность. — СПб.: Б.С.К., 1997. — 96 с.
- Кляйн М.** Психоаналитические труды: Собр. соч. в 6-ти т. — Ижевск: ERGO. — Т. 1 — 2006. — 302 с. — Т. 2 — 2007. — 386 с.
- Кнастер М.** Мудрость тела. — М.: Эксмо, 2002. — 469 с.
- «Конечный и бесконечный анализ» З. Фрейда /** Под ред. Дж. Сандлер. — М.: МГМ-INTERNA, 1998. — 244 с.
- Кохут Х.** Восстановление Самости. — М.: Когито-центр, 2002. — 316 с.
- Куттер П.** Современный психоанализ. — СПб.: Б.С.К., 1997. — 348 с.
- Лакан Ж.** Инстанция буквы в бессознательном, или Судьба разума после Фрейда. — М.: Русское феноменологическое общество, 1997. — 184 с.
- Лакан Ж.** Семинары. Кн. 1. — М.: Логос, 1998. — 432 с.
- Лакан Ж.** Семинары. Кн. 2. — М.: Логос, 1999. — 520 с.
- Лакан Ж.** Семинары. Кн. 7. — М.: Логос, 2006. — 416 с.
- Лакан Ж.** Функция и поле речи и языка в психоанализе. — М.: Гнозис, 1995. — 101 с.
- Лапланш Ж., Понталис Ж.-Б.** Словарь по психоанализу. — М.: Высшая школа, 1996. — 623 с.

- Лоренцер А.** Археология психоанализа. — М.: Прогресс-Академия, 1996. — 304 с.
- Лотман Ю. М.** Внутри мыслящих миров. Человек — семиосфера — история. — М.: Языки человеческой культуры, 1996. — 464 с.
- Лотман Ю. М.** Культура и взрыв. — М., 1992. — 272 с.
- Лоуэн А.** Предательство тела. — Екатеринбург: Деловая книга, 1999. — 328 с.
- Лоуэн А.** Физическая динамика структуры характера. — М.: Компания Пани, 1996. — 320 с.
- Лох В.** Основы психоаналитической теории. — М.: Когито-центр, 2007. — 153 с.
- Лэнгле А.** Виктор Франкл // Развитие личности. — 2005. — № 2. — С. 210—218.
- Ляйбинг Э., Рюгер У.** Клиент-центрированная разговорная психотерапия // Базисное руководство по психотерапии. — СПб.: Речь, 2002. — С. 417—447.
- Мазин В. А., Пепперштейн П. Г.** Толкование сновидений. — М.: НЛО, 2005. — 712 с.
- Мак-Вильямс Н.** Психоаналитическая диагностика. — М.: Класс, 1998. — 480 с.
- Мамардашвили М. К.** Классический и неклассический идеалы рациональности. — М., 1994. — 90 с.
- Маслоу А.** Дальние пределы человеческой психики. — СПб.: Евразия, 1999. — 432 с.
- Маслоу А.** Мотивация и личность. — СПб.: Питер, 2008. — 352 с.
- Мид М.** Культура и мир детства. — М.: Наука, 1988. — 430 с.
- Московский психотерапевтический журнал.** Спецвыпуск по когнитивной терапии / Сост. А. Б. Холмогорова, Н. Г. Гаранян. — 1996. — № 3. — 223 с.
- Мэй Р.** Искусство психологического консультирования. — М.: Класс, 1994. — 144 с.
- Мэй Р.** Открытие бытия. — М.: Институт общегуманитарных исследований, 2004. — 224 с.
- Мэй Р.** Смысл тревоги. — М.: Класс, 2001. — 384 с.
- Невярович В.** Терапия души (Святоотеческая психотерапия). — Воронеж, 1997. — 240 с.
- Нюнберг Г.** Принципы психоанализа. — СПб.: Университетская книга, 1999. — 362 с.
- Олпорт Г.** Становление личности. Избранные труды. — М.: Смысл, 2002. — 464 с.
- Перлз Ф.** Внутри и вне помойного ведра. — СПб.: Академический проект, 1995. — 448 с.
- Перлз Ф.** Гештальт-подход и свидетель терапии. — М.: Прагма, 1996. — 235 с.
- Польстер И., Польстер М.** Интегрированная гештальт-терапия. — М.: Класс, 1997. — 272 с.

- Прист С. Теории сознания. — М.: Идея-Пресс, 2000. — 288 с.
- Психоаналитические термины и понятия: Словарь / Под ред. Э. Мур, Б. Д. Файн. — М.: Класс, 2004. — 204 с.
- Психология телесности: между душой и телом / Под ред. В. П. Зинченко, Т. С. Леви. — М.: АСТ, 2005. — 731 с.
- Психотерапия: новая наука о человеке / Ред.-сост. А. Притц. — Екатеринбург: Деловая книга, 1999. — 397 с.
- Райх В. Характероанализ. — М.: Республика, 1999. — 461 с.
- Рейнуотер Д. Это в ваших силах. — М.: Прогресс-Универс, 1993. — 240 с.
- Робин Ж.-М. Фигуры гештальта // Московский психотерапевтический журнал. — 1994. — № 3. — С. 25—52.
- Роджерс К. Взгляд на психотерапию. Становление человека. — М.: Прогресс, 1994. — 478 с.
- Роджерс К. Клиент-центрированная терапия. — М.: Рефл-бук; К.: Ваклер, 1997. — 320 с.
- Руднев В. П. Морфология реальности. Исследование по философии текста. — М.: Гнозис, 1996. — 207 с.
- Руководство по телесно-ориентированной психотерапии. — СПб.: Речь, 2000. — 256 с.
- Салецл Р. (Из)вращения любви и ненависти. — М.: Художественный журнал. — 1999. — 205 с.
- Салливан Г. С. Интерперсональная теория в психиатрии. — М.: Ювента; СПб.: КСП+, 1999. — 347 с.
- Самуэлз Э. Юнг и постъюнгианцы. — М.: ЧеРо, 1997. — 416 с.
- Сандомирский М. Психосоматика и телесная психотерапия: Практическое руководство. — М.: Класс, 2005. — 592 с.
- Современная теория сновидений / Под ред. С. Фландерс. — М.: Рефл-бук, 1999. — 333 с.
- Современный психоанализ / Под ред. Н. Ф. Калиной. — М.; К.: РЕФЛ-бук, Ваклер, 2003. — 216 с.
- Соколова Е. Т. Психотерапия. Теория и практика. — М.: Академия, 2002. — 368 с.
- Солсо Р. Л. Когнитивная психология. — М., 1996. — 600 с.
- Столорю Р., Браншафт Б., Атвуд Д. Клинический психоанализ (интерсубъективный подход). — М.: Когито-центр, 1999. — 252 с.
- Танатография Эроса / Под ред. С. Л. Фокина. — СПб., 1994. — 346 с.
- Татенко В. А. Психологія в суб'єктному вимірюванні. — К., 1996. — 404 с.
- Телесность человека: междисциплинарные исследования. — М.: Изд. Философского общества, 1991. — 168 с.
- Тело. Сознание. Творчество / Под ред. А. В. Старовойтова. — Симф.: ОАО СГТ, 2008. — 144 с.
- Терапевтические отношения в психоанализе / Под ред. И. Ю. Романова. — М.: Когито-центр, 2002. — 236 с.

- Ткаченко А. А.** Игровой мир трансгрессивной сексуальности: основания к психопатологической феноменологии парафилий // *Логос*. — 1998. — № 1. — С. 204—229.
- Томэ Х., Кэхеле Х.** Современный психоанализ. — М., 1996. — Т. 1 — 576 с. Т. 2 — 667 с.
- Франкл В.** Воля к смыслу. — М.: Эксмо-Пресс, 2000. — 368 с.
- Франкл В.** Доктор и душа. — СПб.: Ювента, 1997. — 288 с.
- Франкл В.** Московские лекции 1986 года // Проблема смысла в науках о человеке (К 100-летию В. Франкла). — М.: Смысл, 2005. — С. 246—273.
- Франкл В.** Психотерапия на практике. — СПб.: Речь, 2001. — 256 с.
- Франкл В.** Теория и терапия неврозов. — СПб.: Речь, 2001. — 234 с.
- Франкл В.** Человек в поисках смысла. — М.: Прогресс, 1990. — 368 с.
- Фрейд А., Фрейд З.** Детская сексуальность и психоанализ детских неврозов. — СПб.: В.-Е. Институт психоанализа, 1997. — 387 с.
- Фрейд З.** Введение в психоанализ: Лекции. — М.: Наука, 1991. — 546 с.
- Фрейд З.** Основные психологические теории в психоанализе. — СПб.: Алетейя, 1998. — 251 с.
- Фрейд З.** По ту сторону принципа удовольствия. — М.: Прогресс, 1993. — 458 с.
- Фрейд З.** Психоаналитические этюды. — Минск: Беларусь, 1991. — 606 с.
- Фрейд З.** Сон и сновидения. — М.: Олимп, 1997. — 544 с.
- Фрейд З.** Художник и фантазирование. — М.: Республика, 1995. — 398 с.
- Фрейд З.** Я и Оно. Труды разных лет. — Тбилиси: Мерани, 1991. — Т. 1 — 398 с. — Т. 2 — 427 с.
- Фуко М.** Воля к истине. — М., 1996. — 448 с.
- Хиллман Дж.** Архетипическая психология. — СПб.: Б.С.К., 1996. — 210 с.
- Хиллман Дж.** Исцеляющий вымысел. — СПб.: Б.С.К., 1997. — 181 с.
- Хломов Д. Н.** Гештальт-терапия как практическая философия // *Московский психотерапевтический журнал*. — 1994. — № 3. — С. 17—24.
- Чеснов Я. В.** Телесность человека: философско-антропологическое понимание. — М.: ИФ РАН, 2007. — 213 с.
- Шострем Э.** Терапевтическая психология. — М.: ЭКСМО, 2002. — 364 с.
- Эволюция психотерапии: В 4-х т. / Под ред. Дж. Зейг.** — М.: Класс, 1998.
- Эдипов комплекс и эротические сны / Под ред. П. Хайманн.** — М.: Nota Bene, 2003. — 368 с.

- Экзистенциальная психология** / Под ред. Р. Мэй и др. — М.: Апрель-пресс, 2001. — 624 с.
- Элленбергер Г.** Открытие бессознательного. — СПб.: Янус, 2004. — Т. 2. — 668 с.
- Эллис А.** Когнитивный элемент депрессии, которым несправедливо пренебрегают // МПТЖ. — 1994. — № 1. — С. 7—47.
- Энрайт Д.** Гештальт, ведущий к просветлению — СПб.: Эстель, 1994. — 141 с.
- Энциклопедия** глубинной психологии / Под ред. Д. Айке. — В 4-х т. — Т. 1. — М.: Интерна, 1998. — 800 с.
- Эра** контрпереноса / Под ред. И. Ю. Романова. — М.: Академический проект, 2001. — 576 с.
- Юнг К. Г.** Архетип и символ. — М.: Ренессанс, 1991. — 304 с.
- Юнг К. Г.** Воспоминания. Сновидения. Размышления. — К.: Air-Land, 1994. — 405 с.
- Юнг К. Г.** Душа и миф. — К.: Port-Royal, 1996. — 384 с.
- Юнг К. Г.** О природе психэ. — М.: REFL-book; К.: Ваклер, 2002. — 414 с.
- Юнг К. Г.** Проблемы души нашего времени. — М.: Прогресс, 1994. — 336 с.
- Юнг К. Г.** Психология бессознательного. — М.: Канон, 1994. — 320 с.
- Юнг К. Г.** Психология и алхимия. — К.: Ваклер, 1997. — 592 с.
- Юнг К. Г.** Синхронистичность. — М.; К.: Рефл-бук; Ваклер, 1997. — 320 с.
- Юнг К. Г.** Структура психики и процесс индивидуации. — М.: Наука, 1991. — 269 с.
- Юнг К. Г.** Человек и его символы. — СПб.: Б.С.К., 1996. — 454 с.
- Ялом И.** Дар психотерапии. — М.: Эксмо, 2005. — 352 с.
- Ялом И.** Теория и практика групповой психотерапии. — СПб.: Питер, 2000. — 640 с.
- Arlow J. A., Brenner C.** Psychoanalytic Concepts and the Structural Theory. — New York: International Universities Press, 1963.
- Balint M.** Thrills and Regressions. — London: The Hogarth Press, 1959.
- Boadella D.** Lifestreams: an introduction to biosynthesis. — L.; N. Y.: Routledge & Kegan Paul, 1987. — 220 p.
- Mahler M., Pine F., Bergman A.** The psychological birth of the human infant. — New York: Basic Books, 1975.
- Miller J.-A.** Sur le Gide de Lacan // La Cause Freudienne. — 1995. — № 25.

А ще у час є.

Навчальне видання

Серія «Альма-матер»
Заснована в 1999 році

КАЛІНА Надія Федорівна

Психотерапія

Підручник

Спільний проект із ВЦ «Академія»

Редактор Н. А. Ганжа
Коректор Т. А. Дічевська
Комп'ютерна верстка С. В. Гусева

Підписано до друку 02.09.2010.
Формат 84×108/32. Папір офс. № 1.
Гарнітура Шкільна. Друк офсетний.
Ум. друк. арк. 15,12.
Обл.-вид. арк. 16,09. Зам. 10-369.

«Академвидав»
04119, м. Київ-119, а/с 37.
Тел./факс: (044) 483-19-24; 456-90-79.
E-mail: academvidav@gmail.com; academvidav@svitonline.com
Свідоцтво: серія ДК № 1006 від 08.08.2002 р.

ВАТ «Білоцерківська книжкова фабрика».
09117, м. Біла Церква, вул. Леся Курбаса, 4

- Екзистенціальна психологія / Під ред. Р. Майн і др. — М.: Апрель-прес, 2001. — 624 с.
- Зале-Бенгер Г. Открытие бисексуальности. — СПб.: Янус, 2004. — Т. 2. — 668 с.
- Эльс А. Когнитивный элемент депрессии, который неслучайно во сне забывает // МПТМ. — 1994. — № 1. — С. 7—17.
- Эрихт Д. Гештальт, великий и прекрасный. — СПб.: Эксмо, 1994. — 141 с.
- Экзистенциальная психология / Под ред. Д. Анка. — В 2 т. — Т. 1. — М.: Эксмо, 1998. — 300 с.
- Эра конференция / Под ред. И. Ю. Ротенберг. — М.: Академический проект, 2001. — 376 с.
- Юнг К. Г. Архетип и символ. — М.: Ренессанс, 1991. — 304 с.
- Юнг К. Г. Воспоминания. Сопровождение. Размышления. — К.: Артемид, 1994. — 415 с.
- Юнг К. Г. Душа и миф. — Н.: Post Scriptum, 1996. — 384 с.
- Юнг К. Г. О природе души. — М.: БЭРС-бук, К.: Валтер, 2002. — 424 с.
- Юнг К. Г. Проблемы древнего времени. — М.: Центрэк, 1991. — 306 с.
- Юнг К. Г. Психология бисексуальности. — М.: Канон, 1994. — 100 с.
- Юнг К. Г. Психология и культура. — К.: Дух і літер, 1997. — 252 с.
- Юнг К. Г. Синдром Сальвадора. — М.: М.: Ренессанс, 1997. — 320 с.
- Юнг К. Г. Структура психики и процесс индивидуации. — М.: Наука, 1991. — 269 с.
- Юнг К. Г. Человек и его символы. — М.: Эксмо, 1999. — 454 с.
- Яаро Р. Две психотерапии. — Вильяндорф: Институт Аниант-психотерапии, 2000. — 640 с.

Каліна Н. Ф.

- К17 Психотерапія : підручник / Н. Ф. Каліна. — К. : Академвидав, 2010. — 288 с. (Серія «Альма-матер»).**
ISBN 978-966-8226-89-2
ISBN 978-617-572-004-2

Для лікування неврозів, подолання труднощів і перешкод на життєвому шляху, звільнення від негативних переживань і душевного болю, актуалізації резервів особистісного зростання найефективніша наукова психотерапія. Представники різних психотерапевтичних напрямів та шкіл, маючи єдину мету, використовують специфічні підходи, методи, техніки досягнення результату. Всі ці питання, як і загальні засади психотерапії, системно розглянуто у пропонованому підручнику. Особливо докладно проаналізовано прийоми і методи психоаналізу, юнґіанства, гештальттерапії, когнітивного, екзистенціального, гуманістичного підходів, тілесно орієнтованої психотерапії, структурного психоаналізу.

Для студентів вищих навчальних закладів.

ББК 53.54/59

А ще у нас є:



*Найкращі книги для тих,
хто навчається і навчає*

- Бех І. **Психологічні джерела виховної майстерності**
- Галян І. **Психодіагностика**
- Діденко С., Козлова О. **Психологія сексуальності**
- Мойсеєв В. **Паблік рілейшнз**
- Орбан-Лембрик Л. **Соціальна психологія**
- Павелків Р., Цигипало О. **Дитяча психологія**
- Палій А. **Диференціальна психологія**
- Предко О. **Психологія релігії**
- Руденко В., Руденко Н. **Математичні методи в психології**
- Савчин М. **Педагогічна психологія**

Савчин М.,
Василенко Л.

Сайтарли І.

Степанов О.,
Фіцула М.

Серія «Психологія в Україні»
Випуск 1 (2010)

ee

Степанов О.

УДК 159.92

159.92.01

159.92.01.01

159.92.01.01.01

Психологія

Каліна Н. Ф.
Психотерапія і психодіагностика
Академікдав, 2010
ISBN 978-946-8320-
ISBN 978-617-5720-

Для лікування нервово-психічного захворювання, необхідно знати, що це за захворювання, як воно проявляється, як його лікувати. Психодіагностика – це наука про методи діагностики психіки людини. Вона допомагає визначити, чи є у людини психічне захворювання, чи це звичайна людина. Психодіагностика – це наука про методи діагностики психіки людини. Вона допомагає визначити, чи є у людини психічне захворювання, чи це звичайна людина.

Вікова психологія

Культура міжособистісних стосунків

Основи психології і педагогіки

*Енциклопедії, що відображають
сучасний рівень науки*

Психологічна енциклопедія

Вікова психологія
Культура міжособистісних стосунків



Бех І. Психологія дитини
Бех І. Психологія дитини

Ганн І. Психологія

Діденко С. Психологія
Козлова О. Психологія

Моксеев В. Психологія

Орбан-Лембюк Л. Психологія

Павелківа Р. Психологія

Цириць О. Психологія

Ганн А. Психологія

Тредло О. Психологія

Руденко В. Психологія

Руденко Р. Психологія

Савчин М. Психологія

07-7-72 455