

ГС НАЦІОНАЛЬНА ПСИХОЛОГІЧНА АСОЦІАЦІЯ
ДИВІЗІОН «ПСИХОАНАЛІТИЧНА ПСИХОЛОГІЯ І ПСИХОТЕРАПІЯ»

УКРАЇНСЬКИЙ ПСИХОАНАЛІТИЧНИЙ ЖУРНАЛ

Том 1 Випуск 2 (2023)

UKRAINIAN PSYCHOANALYTIC JOURNAL

Volume 1 Issue 2 (2023)



Видавничий дім
«Гельветика»
2023

Засновники – ГС Національна психологічна асоціація,
Дивізіон «Психоаналітична психологія і психотерапія»

Друкується за рішенням
Наукової Ради ГС «Національна психологічна асоціація»
(протокол № 1 від 17 серпня 2023 року)

РЕДАКЦІЙНА КОЛЕГІЯ:

Мар'яна Великодна – Ph.D. із психології, доцент
Кафедра практичної психології, Криворізький державний педагогічний університет,
Дивізіон «Психоаналітична психологія і психотерапія» Національної психологічної асоціації

Валерія Палій – Ph.D. із психології, президент
ГС «Національна психологічна асоціація»
Академічна директорка програм з психології, Київська школа економіки

Маріанна Ткалич – Sc.D. із психології, професор
Кафедра психології, Запорізький національний університет,
Дивізіон «Психоаналітична психологія і психотерапія» Національної психологічної асоціації

Тетяна Мельничук – Ph.D. із психології, доцент
Інститут психології імені Г.С. Костюка Національної академії педагогічних наук України
Дивізіон «Психоаналітична психологія і психотерапія» Національної психологічної асоціації

Даян Елайз – Ph.D. із психології
Психоаналітичний інститут Північної Каліфорнії

Оксана Якушко – Ph.D. із психології
Університет Каліфорнії

Ольга Черепехіна – Ph.D. із психології, доцент
Дніпровський національний університет імені Олеся Гончара

Наталія Губа – Ph.D. із психології, доцент
Кафедра психології, Запорізький національний університет

РЕЦЕНЗЕНТИ ВИПУСКУ:

Валерій Дорожкін – Sc.D. із психології, професор, психолог, психоаналітичний терапевт,
професор кафедри теоретичної та практичної психології
Національний університет «Львівська політехніка»

Михайло Пустовойт – Sc.D. з медицини, професор,
психоаналітик, завідувач кафедри психіатрії, наркології та медичної психології
Івано-Франківський національний медичний університет

Зоя Мірошник – Sc.D., професорка, завідувачка кафедри практичної психології
Криворізький державний педагогічний університет

«Український психоаналітичний журнал» – електронне фахове рецензоване видання у відкритому доступі,
яке публікує оригінальні статті та переклади, присвячені психоаналізу, психоаналітичній психології та психотерапії.
Заснування видання ініційоване Дивізіоном «Психоаналітична психологія і психотерапія»
ГС Національна психологічна асоціація (протокол № 2 від 20.12.2020) та затверджене
Радою Національної психологічної асоціації (від 23.02.2022).

Завжди раді новим читачам, авторам та рецензентам.



ЗМІСТ

Михайло Пустовойт

«ДОНЬКА ТАКСИДЕРМІСТКИ»: ІНВОЛЮЦІЙНИЙ ПСИХОЗ ЯК ВДАЛЕ ЗВАБЛЕННЯ
ВНУТРІШНІМ ВСЕМОГУТНІМ ОБ'ЄКТОМ..... 5

Наталія Наливайко

ЕТИЧНІ ТРАНСГРЕСІЇ У ПСИХОАНАЛІТИЧНІЙ ПРАКТИЦІ ПІД ЧАС ВІЙНИ, ЩО ТРИВАЄ..... 19

Владислав Депутатов

МЕХАНІЗМИ ПСИХІЧНОГО ЗАХИСТУ У ФОРМУВАННІ ТІЛЕСНОГО Я ПІДЛІТКІВ
ЗІ СКОЛІОЗОМ: ПСИХОАНАЛІТИЧНІ РЕФЛЕКСІЇ ДО ЕМПІРИЧНОГО ДОСЛІДЖЕННЯ..... 24

Євген Нелін

ПСИХОАНАЛІТИЧНА ПЕДАГОГІКА В ОЦІНКАХ СУЧАСНИХ ДОСЛІДНИКІВ І ПРАКТИКІВ..... 35

Мар'яна Великодна

ПСИХОАНАЛІЗ І ПСИХОАНАЛІТИЧНА ПСИХОТЕРАПІЯ ЯК ДОКАЗОВА ПРАКТИКА:
ОГЛЯД ЕМПІРИЧНИХ ДАНИХ ПРО ЕФЕКТИВНІСТЬ РОБОТИ З ДОРΟΣЛИМИ..... 39

Крістіан Рослер

ДОКАЗИ ЕФЕКТИВНОСТІ ЮНГІАНСЬКОЇ ПСИХОТЕРАПІЇ: ОГЛЯД ЕМПІРИЧНИХ ДОСЛІДЖЕНЬ..... 48

Клаус Кохер

ПЕРВИННЕ ІНТЕРВ'Ю В ПАРНІЙ ТЕРАПІЇ..... 55

Зигмунд Фройд (переклад Єгора Буцикіна)

НАРИС ПСИХОАНАЛІЗУ. ЧАСТИНА 2. ПРАКТИЧНІ ЗАВДАННЯ..... 60

Зигмунд Фройд (переклад Єгора Буцикіна)

ПРО ПСИХОТЕРАПІЮ..... 67

Олена Медведєва

ЮЛІЯ ТА ЄВА ЗАПРОШУЮТЬ ДО ЕДЕМУ (ОГЛЯД КНИГІ Ю. МЕДИНСЬКОЇ
«ПСИХОАНАЛІТИЧНІ ЕСЕЇ»)..... 71

CONTENTS

Mykhaylo Pustovoyt

“TAXIDERMIST’S DAUGHTER”: INVOLUTIONARY PSYCHOSIS
AS A SUCCESSFUL TEMPTATION BY THE INTERNAL OMNIPOTENT OBJECT.....5

Natalia Nalyvaiko

ETHICAL TRANSGRESSIONS IN PSYCHOANALYTIC PRACTICE DURING THE ONGOING WAR.....19

Vladyslav Deputatov

MECHANISMS OF DEFENSE IN FORMATION OF THE BODILY EGO OF ADOLESCENTS
WITH SCOLIOSIS: PSYCHOANALYTIC REFLECTIONS TO THE EMPIRICAL RESEARCH..... 24

Ievgen Nelin

PSYCHOANALYTIC PEDAGOGY IN THE ASSESSMENTS OF CONTEMPORARY RESEARCHERS
AND PRACTITIONERS..... 35

Mariana Velykodna

PSYCHOANALYSIS AND PSYCHOANALYTIC PSYCHOTHERAPY AS AN EVIDENCE-BASED PRACTICE:
A REVIEW OF EMPIRICAL DATA ON THE EFFECTIVENESS OF WORKING WITH ADULTS..... 39

Christian Roesler

EVIDENCE FOR THE EFFECTIVENESS OF JUNGIAN PSYCHOTHERAPY:
A REVIEW OF EMPIRICAL STUDIES.....48

Klaus Kocher

THE FIRST INTERVIEW IN COUPLE THERAPY..... 55

Sigmund Freud (translated by Yehor Butsykin)

AN OUTLINE OF PSYCHOANALYSIS. PART II. PRACTICAL ISSUES..... 60

Sigmund Freud (translated by Yehor Butsykin)

ON PSYCHOTHERAPY..... 67

Olena Medvedieva

YULIA AND EVE INVITE TO EDEN (BOOK REVIEW OF Y. MEDYNSKA’S
“PSYCHOANALYTIC ESSAYS”).....71

**«ДОНЬКА ТАКСИДЕРМІСТКИ»: ІНВОЛЮЦІЙНИЙ ПСИХОЗ
ЯК ВДАЛЕ ЗВАБЛЕННЯ ВНУТРІШНІМ ВСЕМОГУТНІМ ОБ'ЄКТОМ**

Михайло Пустовойт, доктор медичних наук, професор,
психоаналітик УСП, УПТ, УАПІ,
завідувач кафедри психіатрії, наркології та медичної психології,
Івано-Франківський національний медичний університет, м. Івано-Франківськ, Україна

**“TAXIDERMIST’S DAUGHTER”: INVOLUTIONARY PSYCHOSIS
AS A SUCCESSFUL TEMPTATION BY THE INTERNAL OMNIPOTENT OBJECT**

Mykhaylo Pustovoyt, Dr. hab. of Medicine, Professor,
Psychoanalyst of EAP, UPS, EFPP,
Head of the Department of Psychiatry, Narcology and Medical Psychology,
Ivano-Frankivsk National Medical University, Ivano-Frankivsk, Ukraine
<https://orcid.org/0000-0001-8689-6220>
pmm2109@gmail.com

Вступ. Уже на початку ХХ століття вчені, які визнавали нозологічну самостійність інволюційних психозів (напр., Краєпелін, 1903; Авербух, 1969; Жислін, 1975; Снежневський, 1983), поряд з особливостями клінічної картини, закономірностями розвитку та перебігу завжди підкреслювали наявність певних преморбідних властивостей цих хворих, насамперед – переважання в особистісній структурі рис ригідності, тривожної недовірливості та помисловості (Гейер, 1925). Багато в чому схожі описи нібито типового преморбиду хворих на інволюційні депресії можна знайти також в американській літературі (Noyes, Kolb, 1960; Tait, Birn, 1951). Noyes і Kolb (1960) виділяють такі преморбідні риси цих хворих: тривожність, невпевненість у собі, серйозність, брак почуття гумору, сумлінність, ригідність, педантизм, ощадливість та скупість. Спостереження Жисліна (1975), який вказує на існування в пацієнтів впродовж життя схильності до глибоких та тривалих коливань афективної сфери під впливом ситуаційних моментів, є співзвучними до даних німецькомовних та франкомовних вчених: Medow (1922) підкреслює наявність в анамнезі схильності до депресивних станів боязко – іпохондричного характеру, які, однак, не відносяться до циркулярного кола, а Deley та Denniker (1957, 1961) говорять у цьому зв'язку про певну «тендітність механізмів регуляції настрою та самооцінки». Отримані дані дозволяли говорити, що в патогенезі інволюційних психозів завжди задіяний особистісний фактор, однак, досягти консенсусу в питанні, у чому саме полягає цей особливий особистісний преморбід, так і не вдалося. Надалі інтерес до цієї проблеми зокрема та інволюційних психозів взагалі поступово втратився. Напевно, це пов'язано з антинозологічними тенденціями новітніх класифікацій DSM-III-R (1987), DSM-IV (1994), DSM-IV-TR (2000), DSM-5 (2013) та МКХ-10 (2000), МКХ-11 (2022), які проявились виключенням із діагностичних рубрик інволюційної меланхолії як окремої нозологічної одиниці, та віднесенням інволюційного параноїду на периферію рубрики «Маячні розлади».

Питання тим не менш залишається актуальним і нині, бо відповідь на нього може полегшити розв'язання вузлових питань психопатологічної оцінки інволюційних психозів: як оцінювати появу психотичної симптоматики в інволюційному періоді життя: в якості особистісної декомпенсації у відповідь на специфічну для цього вікового періоду психологічну травматизацію (що відбувається на ґрунті докорінних змін у фізіологічному функціонуванні організму) чи в якості пізньої маніфестації дотепер латентного ендегенного захворювання?

Мета дослідження – дослідити роль особистісного фактору в патогенезі та клінічній картині інволюцій-

ного психозу на прикладі окремо взятого ілюстративного випадку (із позицій поєднаного використання клініко-психопатологічного та психоаналітичного підходів).

Матеріали та методи. Це дослідження є частиною більшого вивчення ролі особистісного фактору в генезі інволюційних психозів, яке проводилось на базі клінічних відділень кафедри психіатрії Одеського медичного університету (зав. кафедри – д. мед. н., професор, член-кореспондент АМН України В.С. Бітенський), Одеської обласної психіатричної лікарні № 1 та в психоневрологічному відділенні Дорожньої клінічної лікарні № 1 ст. Київ (завідувач відділення – д. мед. н., професор О.С. Чабан) у 2003–2007 роках (Пустовойт, 2008). Воно фокусувалось на вивченні хворих інволюційного віку (45–60 років), які поступили в психіатричний стаціонар уперше або повторно (за умови, якщо психоз маніфестував після 45 років) із попереднім діагнозом «інволюційний психоз».

Усі хворі пройшли комплексне сомато-неврологічне обстеження. Із дослідження були виключені пацієнти з важкими соматичними захворюваннями та ендокринними розладами, вираженим церебральним атеросклерозом, наслідками перенесених порушень мозкового кровообігу, а також із важкими або повторюваними черепно-мозковими травмами в анамнезі.

У дослідженні я сконцентрував увагу на таких моментах, які поетапно розкривають його алгоритм:

1) провести анамнестичне та біографічне інтерв'ювання обстежуваних пацієнтів;

2) для частини пацієнтів сформувати розширену феноменологічно-описову історію хвороби, у якій обов'язково звернути увагу на життєву криву пацієнта, реагування на стресові ситуації в цілому та специфічні форми реакції на стрес зокрема;

3) вичленити основні зразки поведінкового реагування, що притаманні обстежуваним хворим;

4) вивчити патопсихологічні особливості хворих за допомогою таких експериментально-психологічних методик: шкали рівня реактивної та особистісної тривожності Спілберґера – Ханіна, тесту актуалізації психологічних захистів Р. Плутчека, Торонтської алекситимічної шкали, діагностики міжособистісних стосунків Т. Лірі;

5) за допомогою офіційного клінічного опитувальника ВООЗ особистісних розладів “IPDE” визначити, чи можна зразки поведінкового реагування пацієнтів досліджуваної вибірки віднести до певного кластера особистісних розладів або окремого особистісного розладу.

Провідними методами дослідження, на яких я в цій статті будувавиму свої висновки, були: клініко-психопатологічний, метод психоаналітичного первинного інтерв'ю

(Argelander, 2013) та метод сфокусованих блискавичних інтервенцій за В. Лохом (Loch, 1986) під час обстеження.

Вибір поєднаного використання клініко-психопатологічного та психоаналітичного (психодинамічного) підходів був обумовлений кількома причинами. Клініко-психопатологічний метод, безсумнівно, дає можливість визначити психопатологічні прояви в структурі переживань, а відтак, виділити основні кластери симптомів і визначити реєстр захворювання. Проте спрямованість цього методу на констатацію наявності чи відсутності психопатологічних феноменів передбачає певну відстороненість дослідника від «об'єкта» дослідження, що дозволяє досить швидко вловити провідні ознаки патології, пожертвавши, однак, тонкими динамічними нюансами (наприклад, суб'єктивним значенням хвороби в контексті попереднього життя). Використовуючи метафору з фундаментальної медичної науки, цей метод можна порівняти з патанатомічним дослідженням *in vitro*.

Натомість, психоаналітичний метод передбачає залучення дослідника в глибокі емоційні взаємостосунки з пацієнтом, що дозволяє відстежити в близькому контакті найтонші динамічні нюанси особистісних проявів, а відтак дає додатковий вимір в оцінці особистісної структури пацієнта. Власне, на основі психоаналітичних досліджень був сформульований один із принципів діагностики особистісних розладів – схильності даних пацієнтів до формування типових «клішеподібних» стосунків із людьми (наприклад, підкорення себе інтересам інших, неадекватна поступливість як критерій залежного розладу особистості). Вдаючись до попередньої аналогії, психоаналітичний метод можна порівняти з фізіологічним дослідженням *in vivo*.

За зваженого використання обох цих підходів для нас відкривається перспектива більш глибокого розуміння людини з її психічними проявами, зокрема патологічними, як цілісної особистості та динамічної системи.

Дослідження проводилося в декілька етапів. На першому етапі дослідження я концентрував свою увагу на сфокусованому вивченні психопатологічних особливостей інволюційних психозів та психодинамічних закономірностей проявів особистісної структури цих пацієнтів; на окремо взятому випадку намагався порівнювати та інтегрувати дані, отримані двома клінічними методами, співвіднести їх із результатами обстежень експериментально-психологічними методиками. Кожен випадок представлявся на спеціальному консиліумі за участі завідувачів відділень та керівника клініки (в Одесі – д. мед. н., професора, члена-кореспондента АМН України В.С. Бітенського, у Києві – д. мед. н., професора О.С. Чабана). У цій статті я хочу навести одну розширену феноменологічно-описову історію хвороби, яка добре ілюструє досить типову (згідно з моїми спостереженнями) для цієї когорти пацієнтів констеляцію усталених зразків поведінкового реагування та їхню вікову динаміку, а також розкриває суб'єктивний зміст психотичної декомпенсації в інволюційному періоді життя.

Випадок «Донька таксидермістки». Пацієнтка 57 років сама звернулась із проханням щодо госпіталізації із скаргами на пригнічений настрій, внутрішній неспокій, безсоння, відчуття жару в тілі, «всередині усе горить», відчуття, що вона божеволіє. Останні п'ять років неодноразово лікувалась у психіатричних стаціонарах із подібними скаргами, виявляла резистентність до медикаментозної антидепресивної терапії.

Анамnestичні дані

(1) Народилась у Росії, у районному центрі. Для обох батьків цей шлюб був другим, у сім'ї було шестеро дітей (2 від першого шлюбу батька, 1 від першого шлюбу матері та 3 спільних), пацієнтка була середньою з трьох спільних дітей батьків. Батько був на фронті комісаром, із першою дружиною розлучився через її зраду, після війни працю-

вав службовцем на відповідальних посадах, забезпечував достатньо високий добробут сім'ї. Пацієнтка характеризує його як лагідного, дбайливого, розумного та інтелігентного, вважає, що була його улюбленицею, підкреслює, що вже дорослою, після смерті батька, взяла собі те ім'я, яким батько хотів її назвати, але мати наполягла на іншому. Мати жила в Україні, педагог за професією, завжди була активною, грала в аматорському драматичному театрі. Із першим чоловіком розлучилась після того, як той її побив. Із майбутнім батьком пацієнтки познайомилась, коли він перебував на лікуванні у військовому госпіталі в її місті, де вона на той час, навчаючись у педінституті, підробляла сестрою милосердя. Після війни вони одружились і поїхали жити на його батьківщину. Мати вчителювала до 70-річного віку. Завжди була дуже діяльною: «горіла» на роботі, багато працювала на присадибній ділянці та примушувала до цього дітей, плела на продаж мережива, займалась спортом. Крім того, вона ще замолоду відчувала впадіння до таксидермії й до глибокої старості з натхненням виготовляла опудала різних тварин і птахів, примовляючи при цьому, що з неї міг би вийти видатний хірург. Пацієнтка й досі з огидою та жахом згадує копирсання матері в тушах мертвих тварин, запах, яким була просякнута кухня, відразу до їжі, яку мати готувала тими самими руками, що виробляли опудала. Пацієнтка не мала близьких стосунків із матір'ю, визнає, що мати завжди дбала, щоб діти були доглянуті, ситі, добре вбрані, забезпечувала їм щоліта путівки в престижні табори відпочинку та на екскурсії, але все ж таки основну увагу приділяла роботі, своїм захопленням і хобі. Тому діти дуже швидко навчались самі дбати про себе та намагались якнайшвидше покинути батьківський дім, щойно підростали. Пацієнтка констатує, що погано знала свою матір.

(2) Дитячі спогади пацієнтки сповнені образами передусім на матір через те, що та примушувала їх багато працювати на городі, доглядати за худобою, не приділяла дітям достатньо емоційного тепла. Пригадує, як вони годинами грались на смітнику, вишукуючи якісь скельця, і потім «продавали» їх одне одному, збирали в лісі гриби та ягоди. Із 2-місячного віку та до самої школи відвідувала дитячий садок, жодних цікавих спогадів про цей період не має. У школі завжди вчилася відмінно, захоплювалась художньою самодіяльністю: співала, танцювала, їздила з агітбригадою, грала в шкільному драматичному гуртку, улюбленою виставою була «Білосніжка та семеро гномів». Пригадує страшний випадок зі свого дитинства в 9-річному віці, коли під час поїздки в поїзді разом із матір'ю, сестрою та братом у їхньому купе розгорнулася затяжна кривава бійка з нанесенням важких поранень. Із цього часу пацієнтка не виносить вигляду крові. Також, коли пацієнтці було близько 10 років, вона впала з даху, і в неї на кілька днів відняло мову. Мати не зверталась до лікарів, і пацієнтка з докором додає, що від того часу стала часто умлівати.

(3) Після закінчення 10-річної школи як відмінниця отримала можливість вчителювати в молодших класах сільської школи в одній із середньоазійських республік СРСР. Без вагань погодилась. Однак, за рік розчарувалась у житті в кишлаку, відсутністю спілкування з людьми її віку та статусу, усе частіше почувала відчай, змішаний із люттю, особливо коли її шляхетні починання не отримували належного відгуку в оточуючих. Приїхавши додому у відпустку, не схотіла повертатись до Середньої Азії, влаштувалась на роботу в рідну школу піонервожатою. За рік була рекомендована на заочне навчання в педагогічний інститут. Вступивши в інститут, успішно навчалася в ньому. Всупереч порадам батьків, покинула рідну школу й батьківську домівку та влаштувалась, паралельно з навчанням, позмінно працювати на заводі в тому ж містечку, де був інститут. Стомлювалась, зовсім не мала вільного часу, але вперто відмовлялась від допомоги батьків, намагавшись усе робити самотужки. Через три роки в пацієнтки почалися сильні головні болі, батько дізнався

про це від доньчиних сусідок по гуртожитку й повів її на обстеження в обласну клініку. Там їй порадили залишити навчання (було запідозрено церебральний арахноїдит і венозний застій у судинах мозку). Ухопилася за слова лікаря, що це може бути пов'язано з нелікованою травмою голови в дитинстві, знову спалахнула напівзабута образа на матір за те, що не лікувала її після падіння з даху. Без особливого жалю покинула інститут («здоров'я важливіше»). Головні болі минули незабаром самі собою без особливого лікування.

(4) Невдовзі вступила до медичного училища в тому ж райцентрі. Навчання давалось напрочуд легко, окрім навчання нічим не займалась: не працювала, ні з ким не зустрічалась, намагалась не перевтомлюватись, однак часто мала запаморочення, умлівала, особливо в задурлих приміщеннях та в спеку. Із цього приводу зверталась до лікарів, її заспокоїли: «Вийдеш заміж – і все минеться». До цього часу пацієнтка не мала хлопця, хоча й була досить популярною під час навчання в школі, листувалась з однокласником, який пішов до армії та звідти написав їй лист. Поставила йому умову, що вийде за нього заміж, якщо він вступить до вищого навчального закладу. Після училища, пропрацювавши близько трьох місяців медсестрою в середньоазійському кишлаку, вийшла заміж за свого колишнього однокласника та переїхала до Києва, де він на той час уже навчався у вищому навчальному закладі. Самостійно «вибила» для них із чоловіком кімнату в гуртожитку, влаштувалась на роботу лаборантом на станцію переливання крові. Після закінчення чоловіком інституту переїхала разом із ним до середньоазійської республіки за його місцем роботи. Переїхавши, вирішила відтепер будувати своє власне, цілком самостійне сімейне життя. Першим кроком для цього була зміна імені з того, яким її називали в материнській сім'ї, на те, яке записав їй у метриці батько. 25 років подружжя прожило в столиці республіки. Період життя там пацієнтка згадує як найщасливіший у житті. Спершу було важко: жили в поганих умовах у гуртожитку, чоловік працював на воєнному заводі, вона – фельдшером на тому ж заводі. Невдовзі сім'я отримала від заводу 4-кімнатну квартиру. Відразу після переїзду до нової квартири перевелась працювати медсестрою в школі поряд із домом. У сім'ї народилося троє дітей: син і дві доньки з різницею у віці 3–4 роки. Пацієнтка пишається тим, що їм ніхто не допомагав, вони з чоловіком самі досягли добробуту. Особливо наголошує, що сама виховувала дітей, не гребувала будь-якими додатковими роботами заради заробітку, вважає, що порівняно з нею в чоловіка було легке життя: він працював інженером з обчислювальної техніки, багато часу віддавав своїм улюбленим (теніс, машина). Пацієнтка охоче та багатослівно розповідає, що завжди всім допомагала: писала віршики для свят у дитячому садку та школі, куди ходили її діти, доглядала сусідських дітей, допомагала знайомим і сусідам вирішувати побутові та особисті проблеми, іноді навіть ризикуючи потрапити під кримінальну відповідальність (влаштувала нелегальні аборти своїм знайомим), ворожила всім охочим. Проте, уже тоді помітила, що, намагаючись робити добре, часто досягала протилежного результату: жінка, якій вона допомогла зробити аборт і якою дуже опікувалась, почала пити й померла від алкогольного отруєння; коли ворожила, часто пророкувала всілякі неприємності, які зазвичай збувались, навіть припинила займатись ворожбою, «щоб не брати зайвого гріха на душу». Взагалі, ретроспективно оцінюючи минуле, вважає, що має пророчі здібності, особливо стосовно неприємностей.

(5) Після розпаду СРСР життя суттєво погіршало: чоловікові затримували зарплатню, а потім завод закрили, він почав заробляти таксуванням. У пацієнтки почалися негаразди зі здоров'ям. Особливо погіршав стан тоді, коли в її подруги виявили рак молочної залози. Намацала й у себе якийсь незрозуміле невеличке ущільнення, виник страх, що в неї також рак. Звернувшись до лікарів, пройшла всі необхідні обстеження, і хоча діагноз не підтвер-

дився, повного заспокоєння не почувала: вирішила «про всяк випадок» «купити» собі групу інвалідності з остеохондрозу. Отримавши інвалідність, покинула роботу медсестри, підробляла, роблячи ін'єкції на дому та випікаючи солодоші на продаж. Побойовання про можливе захворювання згодом пройшли «самі по собі». У цей же час погіршилися стосунки з підростаючими дітьми: не дозволила синові поступати у військово-медичну академію в іншому місті, незважаючи на наявність у цьому вищій родинних зв'язків; влаштувала його навчання в місцевому університеті, оженила його на доньці своєї подруги. Деякий час син корився життю, облаштованому матір'ю, а одного разу кинув навчання та сім'ю й поїхав у Росію займатись бізнесом, незважаючи на докори та перестороги матері. Тоді, бажаючи зберегти з сином добрі стосунки, вона купила йому диплом про вищу освіту, машину, що дозволило синові зайняти гідне місце в бізнесовій структурі. Коли старша донька пацієнтки стала зустрічатись із хлопцями, мати почала сварити її за розпусний спосіб життя, погану компанію, постійно підозрювала у вживанні наркотиків. Врешті-решт донька втекла з перманентного конфлікту з матір'ю, вийшовши заміж за першого-ліпшого. Мати була задоволена, бо вважала невдале заміжжя кращим за розпусту. Стосунки з молодшою дочкою зіпсувались, коли їй було 12 років. У дочки була собака, якою їй подарували на день народження. Незважаючи на те, що пацієнтка годувала собаку, доглядала за ним, той визнавав лише молодшу доньку. Одного разу, коли собака вишкірився та загарчав на пацієнтку, вона пригадала, як по сусідству пес загриз хазяйку, у пам'яті блискавично промайнули переляканим обличчям чоловіка та дітей тієї господині. Ні з ким не порадившись, таємно від дітей віддала собаку сусідам-корейцям. Побачивши горе молодшої доньки, схамулась, не могла спати цілу ніч, відчувала, що вчинила «щось недобре». Зранку побігла до корейців, але собаку вже з'їли. Стосунки з молодшою донькою після цього стали прохолодними.

(6) У зв'язку з наростанням націоналістичних настроїв та етнічних конфліктів у Середній Азії в чоловіка пацієнтки виникла думка щодо переїзду сім'ї до Росії. Вирішив виїхати з іншими росіянами до Росії, щоб побудувати там будинок, для чого були потрібні гроші. Пацієнтка була переконана, що в чоловіка нічого не вийде, «бо він бовдур і ледар», але дозволила продати гараж, віддала йому частину заощаджень, аби лише довести йому, що нічого з цього не вийде. Чоловік повернувся за 8 місяців, змінившись як зовні, так і по відношенню до неї: став огряднішим, байдужим до неї, впертим, нехтував її порадами. У часі це збіглося з припиненням менструального циклу в пацієнтки (45 років), що суттєво на її самопочутті не позначилося. Невдовзі, не порадившись із нею, чоловік продав авто, взяв вантажівку цибулі на продаж і знову зник на півроку. Була впевнена, що він їй зраджує, до того ж серед знайомих поширювались чутки, що він завів собі в Росії нову сім'ю. Пацієнтка й досі переконана в цьому, хоча доказів не має. Ображена таким ставленням чоловіка до себе, вирішила вперше в житті зрадити йому: мала кілька інтимних зв'язків, знов відчула себе привабливою та бажаною. Невдовзі, однак, почала перейматись докорами сумління, пішла до сповіді, припинила зв'язок із коханцем, хоча тепер, згадуючи минуле, жалкує про це.

(7) Коли чоловік повернувся втретє без грошей і без втішних новин щодо будинку, пацієнтка вкотре переконатися, що мала рацію. Вирішила, однак, від'їжджати з Середньої Азії ще й задля того, щоб врятувати старшу доньку від поганої компанії, з якою та зв'язалась, розлучившись із чоловіком. Коли пацієнтка продавала улюблену, обжиту квартиру, їй ніби внутрішній голос сказав: «Востаннє бачиш дітей веселими та життєрадісними». Продала, однак, квартиру, повернула борги чоловіка, і сім'я переїхала в центральну Росію, де жили батьки

синової другої дружини. Оселились у будинку, де раніше було вбито цілу сім'ю, що на той момент пацієнтку не збентежило. Звички найближчого оточення, яке складалось із свідків Ісгови, викликали в пацієнтки побоювання, вирішила, що їх збираються пограбувати, а то й вбити за те, що вона не хотіла приставати на цю віру. Написала лист матері про свої підозри та передала його з okazji до сина в місто. Невдовзі виникла підозра, що зміст листа відомий членам секти, усі дивляться на неї якось насмішкувато та зневажливо. Вирішила негайно поїхати до сина, по дорозі зустріла члена секти, який натякнув їй, що вона помре страшною смертю. Діставшись цього міста, розповіла синові про свої підозри, що спонукало його звернутись до лікаря, і невдовзі пацієнтку госпіталізували до психіатричної лікарні з діагнозом «гострий маячний розлад» (тривалість госпіталізації 3 тижні). За два тижні, коли пацієнтка перебувала ще в лікарні, її син заснув за кермом і загинув в автокатастрофі. Дізнавшись про це, його дружина перервала вагітність.

(8) Після виписки з лікарні пацієнтка відмовляється надалі жити в колишньому місці проживання, спішно продає будинок і переїжджає разом із сім'єю до себе на батьківщину, де в батьківському домі живуть мати й молодший брат, колишній кадровий офіцер, який відсидів 7 років за неумисне вбивство. Пацієнтка часто свариться з братом через його нездалий спосіб життя, зловживання алкоголем, через те, що він не бачить, як «котиться в прірву». Додатковим приводом для суперечок було право на володіння батьківським домом. Врешті чоловік пацієнтки, стомившись від сварок, запропонував переїхати до міста, де жив його брат, і вона пристала на цю пропозицію. Сім'я знову переїжджає, а згодом пацієнтка дізнається, що її брат вчинив самогубство та в передсмертній записці звинувачував у цьому її.

(9) У новому місті пацієнтка зволікала з купівлею житла, сподіваючись на кращий варіант, і дочекалась значного підвищення цін на нерухомість. Стало зрозуміло, що наявних грошей не вистачить на купівлю бодай якогось житла, пацієнтка відчула, що її життя розсипається, неначе картковий будиночок, і вона сама в цьому винна. Побоювалась, що її діти потраплять у рабство, чула внутрішній голос: «Тут втрастиш ти і дітей своїх, і їхнього батька». Стосунки в сім'ї остаточно розладнуються, сім'я живе в матеріальній скруті, грошей, які заробляє чоловік, працюючи водієм маршрутного таксі, вистачає на те, щоб знімати однукімнатну квартиру в приміській зоні та задовольняти елементарні потреби. Одразу після переїзду до нового міста доньки покинули батьківську сім'ю та влаштували особисте життя (старша втретє вийшла заміж, одразу народила дитину, зараз чекає на другу, її чоловік буде житло для пацієнтки та її чоловіка, молодша живе в громадянському шлюбі з успішним бізнесменом, живе розкішним життям, стосунки з батьками не підтримує). Саме тоді пацієнтка, вирішивши, що є винною в тому, що не запобігла бідам своєї сім'ї, хоча могла все передбачити та попередити, вперше вдається до спроби самогубства (ріже вени на руках) і потрапляє до психіатричної лікарні. Із того часу неодноразово лікувалась стаціонарно, загалом із 6 років половину провела в психіатричній лікарні. Протягом перших двох років ще неодноразово намагалась вчинити самогубство, перебуваючи в лікарні (розбила вікна та намагалась різати вени шматком скла, двічі накопичувала нейрорептику й випивала одразу величезну дозу). Одного разу повідомила лікуючого лікаря, що якщо Бог не бажає її смерті, вона більше не чинитиме самогубства, і з того часу дотримується своєї обіцянки. Поведінка в стаціонарі нестабільна, відмічаються емоційні перепади впродовж дня. Контактує лише з тими хворими, які до неї дослухаються й не суперечать. Серед персоналу вважається досить непередбачуваною, більш-менш стає позитивне ставлення проявляє лише до лікуючого лікаря – завідувачки відділення.

(10) До терапії резистентна, приймала майже всі конвенційні антидепресанти без відчутного ефекту. Деяке поліпшення спостерігалось лише на фоні схеми: коаксил 12,5 мг два рази на день (зранку та в обід); санапакс 25 мг три рази на день; клоназепам 2 мг на ніч.

Психічний стан. Пацієнтка виглядає старшою за свій вік, середнього зросту, міцної статури, огрядна, неквапна в рухах, намагається триматись прямо. На обличчі змішаний вираз страждання та рішучості. Без ентузіазму погоджується на розмову, хоча перед тим сама підходила до лікаря із скаргами та запитаннями. Спочатку контакт формальний, коротко відповідає на запитання, неодноразово повторює, що ніхто їй насправді не допоможе. Орієнтована в часі, місці перебування та власній особі. Голос тихий, слабко модульований, час від часу тяжко зігхає. Розповідаючи про себе, акцентує на тому, як завжди вміла протистояти негараздам, сама будувала своє життя й життя своїх близьких. Розповідає про це з гордістю, розправляє плечі, очікує схвалення. Про свого чоловіка розповідає так, ніби він – мала несамостійна дитина, звинувачує себе в тому, що погодилась на його від'їзд до Росії, хоча й знала наперед, що з цього нічого не вийде. Найбільше засмучена тим, що втратила контроль над своїм життям, і тепер від неї мало що залежить. У спогадах про минулі події звучать фрагментарні маячні ідеї пересекторного змісту: досі майже впевнена, що сусіди-сектанти хотіли знищити її сім'ю, пояснень, чому вони хотіли так зробити, не має, у маяченні переважає афективний компонент, будь-яка логічна проробка відсутня. В інший момент сумнівається, чи насправді все було саме так, каже, що «там було щось «нечисто», «можливо, то була кара небесна за мої гріхи».

На момент бесіди актуальними є ідеї самозвинувачення: «Як я могла так помилятися...», «Чому я цього не передбачила...», «Чому я не послухалась своєї інтуїції...». У більшості її висловів поєднується прагнення визнання своєї непересічності, самозвинувачення та бажання все довкола тримати під контролем: «Жодна людина не наробила стільки зла, як я!», «Я горітиму в пеклі!», «Раніше я скеровувала сім'ю і усе було гаразд!», «Слід узяти себе в руки – таблетки цьому не зарадять», «Соромно спілкуватись із людьми, тому що я в такій лікарні», «Я не вмію ані сміятись, ані плакати...». Впевнена в тому, що сама зруйнувала своє життя, і ніхто їй не може допомогти. Часто повертається до розповідей про своє «щасливе життя в минулому», каже, що «там залишилося все найкраще».

Реальні трагічні події особистого життя, як-то: загибель сина, самогубство брата – в ідеях самозвинувачення не звучать, здається, афективне опрацювання цих переживань повністю відсутнє. Розповідаючи про теперішню ситуацію у своїй родині, фокусується на повній неспроможності чоловіка подбати про себе («мушу ходити у вихідні з лікарні готувати йому їжу на тиждень»), хиткому становищі доньок, які живуть своїм життям, незважаючи на її застереження та заборони. Зауваження та спроби корегувати її судження, на перший погляд, сприймає, навіть погоджується з ними, проте, протягом подальшої бесіди доводить їх неспроможність або відверто зневажає ними. Критика переважно формальна.

Інтелект відповідає життєвому досвіду та освітньому рівню, пам'ять без суттєвих порушень. Діагноз: F33.10 Рекурентний депресивний розлад, наявний епізод помірної важкості (без соматичних симптомів).

Психоаналітичне дослідження психічного стану пацієнтки та його динаміка під впливом інтервенцій. Моє знайомство з пацієнткою відбулось дещо завчасно. Коли я попередньо спілкувався з її лікуючим лікарем, до кабінету увійшла жінка похилого віку та поклала перед лікарем на стіл кілька фотографій зі словами: «От подивіться, якою я була і якою стала». На світлинах була гарна, усміхнена, доглянута жінка в розквіті сил, а переді мною стояла огрядна бабця, у якій, лише напруживши уяву,

можна було знайти ознаки колишньої краси. «Такою я була якихось п'ять років тому, – продовжує вона і додає з почуттям гордості, – а ось моя квартира в столиці...». Пацієнтка починає докладно розповідати, що зображено на світлинах, але лікар перериває її та знайомить зі мною. Пацієнтка покірно погоджується на бесіду зі мною, але потім, ідучи до мого столу важкою неквапливою ходою, кидає: «До чого всі ці розмови, мені нічого не допоможе. Я мушу сама взяти себе в руки, а таблетки й розмови тут ні до чого!» Вона сідає напроти мене, спершись ліктями на стіл і поклавши підборіддя на складені пальці, пильно розглядає мене. Хоча загалом її обличчя виглядає засмученим, але на перший план виходить рішучість прийняти будь-які випробування долі. Вона досить акуратно вбрана, зачесана, але виглядає так, що вбрання та зачіска займають у неї мінімум часу та сил і загалом мало її цікавлять.

Я прошу її розповісти про себе, і вона знов починає із згадуваних уже фотографій. Перше, що вона розповідає, – це історія з собакою молодшої доньки, каже, що з того часу ненавидить собак і навіть цього слова чути не може. Далі вона монотонно та з байдужим виразом обличчя переповідає найбільш трагічні моменти свого життя, констатує таким самим байдужим тоном: «Скоріше би вмерти, але Бог не дає мені легкої смерті – я довго страждатиму й помру в муках». Її оповіді про життєві трагедії та негаразди є настільки нестерпними, що я закінчую бесіду вже за півгодини. Вона, не ремствуючи, підводиться та збирається виходити, але почувши, що ми продовжимо завтра, здивовано зупиняється: «Хіба не зрозуміло, що я сама в усьому винна?».

Так само важкими були наступні три бесіди: вона короткими рубаними фразами оповідала про те, як добре було колись і як погано тепер. Змінювались лише акценти щодо фатальної помилки, якої вона припустилась: якщо в першій бесіді це був епізод із собакою молодшої доньки, то надалі послідовно – порятунок старшої доньки від поганої компанії, згода на виїзд чоловіка до Росії, продаж квартири в столиці. У будь-якому разі лейтмотив залишається тим самим: один необачний крок з її боку – і ціле життя непоправно зруйноване. Із цієї теми самозвинувачення її не відволікають ані мої спроби звернути увагу на її позитивні риси, ані моя співчутливість і емоційна залученість.

Деякі зміни відбулись, починаючи з п'ятої зустрічі. Акценти змістились на нездалого чоловіка, який нічого не зробив для добробуту родини, є ледачим і неспроможним подбати про сім'ю. Ремствує, що помилилась, обираючи чоловіка, що завжди доводилось думати за двох, і навіть тепер, перебуваючи на стаціонарі, змушена щотижня приходити додому, щоб прибрати та приготувати їжі на тиждень. Поступово вона стає м'якшою в розмовах, посміхається, здається, вислуховує мої коментарі. Одного разу вона весело каже, що їй дуже подобається моє ім'я, жалкує, що не назвала так свого сина. При цьому стає очевидним, наскільки малозначимою для неї є реальність цієї втрати і наскільки неприйнятною для неї є моя автономність.

Після восьмої зустрічі їй починають снитись досить живі та цікаві сни, переважно пов'язані з подіями дитинства, молодості, однак, вона завжди намагається ув'язати їх із нагальною конкретикою теперішнього життя. Наприклад, переповідаючи сон про те, як вона з друзями дитинства збирає на городі стиглі помідори, відчуває їх запах, закінчується констатацією: напевне, слід зварити чоловікові борщ. Сон про прання маленьких дитячих речей асоціюється з необхідністю зробити вдома генеральне прибирання. Сон про те, як вона в шкільному віці тікає від свого майбутнього чоловіка та цілується з іншим своїм однокласником, є для неї підтвердженням того, що вона обрала не того чоловіка. У цьому специфічному, конкретистичному розумінні сновидіння неприкрито проявляється слабкість символічного опрацювання переживань, нездатність пацієнтки залишити без свідомого контролю

продукцію власної психіки / скористатися своїми природними резервами / побачити в житті нову перспективу.

Згодом (з 10-ї зустрічі) цей контролюючо-знецінювальний патерн поведінки зі своїм найближчим оточенням / природними, але їй не підконтрольними функціями власної психіки, розповсюджується і на нашу з нею взаємодію: пацієнтка дослухається до моїх інтерпретацій, досить емоційно на них реагує: посміхається, іноді навіть сміється або тихо плаче, але потім робить раптовий несподіваний висновок, який зовсім не включає моїх інтервенцій. Після розмов із нею я відчуваю роздратованим, ображеним та виснаженим.

Наступні зустрічі (12-ту, 13-ту та 14-ту) вона починала словами: «О, знов прийшли мене мордувати?», не приховуючи, однак, задоволеної посмішки. Лікуючий лікар відмічає суттєве покращення стану пацієнтки – вона жваво поводить у відділі, стала менше ремствувати, набридати своїми повчальними розповідями молодшому персоналу та іншим хворим, надає перевагу грі з ними в карти. Ніби паралельно цим змінам у поведінці хворої, у мене починає наростати дивне враження, що я зіткнувся з якоюсь, досі невідомою мені формою життя / кристалізується суб'єктивне почуття неможливості емоційного контакту з даною пацієнткою / моєї неспроможності їй допомогти.

Знаючи, що це остання наша зустріч (14-та), вона мені переповідає сновидіння, однак, без своїх звичних резюме: *«Батьки, граючись із нею, підкидають її вгору та забувають унімати, вона так і залишається висіти в повітрі»*. Далі вона говорить про матір, яка деколи цілими ночами копирсалася з тушками тварин, а вранці, годуючи дітей, хвалилася своїми «хірургічними» здібностями, а її (хвору) вертало від запаху крові в кухні, вигляду материнських рук. Потім шкодує, що не пішла материнськими стопами й не стала вчителькою, як це зробила старша сестра: «... тоді все життя задалось би інакше!.. Але мати сама винна, бо якщо вона мене відвела до лікаря після того, як я впала зі стріхи, у мене не боліла би голова, і я не покинула би педагогічний інститут!». Після паузи розмірковує про свої плани на вихідні: планує зготувати на наступний тиждень їжі для чоловіка, а також піде до старшої доньки погратися з онуком: «Покатаю його на своїй шії (побуду його іграшковим коником) або почитаю йому казки – ще точно не вирішила». Раптом вона самостійно перериває нашу розмову, посилаючись на те, що зараз у відділі починається обід. Вона підводиться та неквапливо йде з ординаторської, усім своїм виглядом демонструючи, що останнє слово залишається за нею.

Деякі узагальнення спостережень. Майже всі оповіді пацієнтки про себе та своє життя можна поєднати в кілька змістових кластерів:

- 1) звинувачення себе в усіх бідах родини з основним лейтмотивом «Як я могла так помилитись?»;
- 2) думка про те, що вона притягує усілякі нещастя;
- 3) ремствування, що чоловік є ледарем і бовдуром;
- 4) докори родичам і батькам (особливо матері).

Слід зазначити, що спочатку в наших бесідах домінували перших два кластери, а надалі переважати стали два останніх. До того ж звертало на себе увагу особливе ставлення пацієнтки до питання їжі, практично кожна бесіда не обходила цю тему: готування матер'ю їжі руками, що робили опудала; пацієнтка з 1-го класу вчилася готувати в сусідки-німкені, періодично працювала кухарем, випікала солодоші на продаж; корейці з'їли собаку її доньки; вважає, що чоловік забагато їсть і ніколи з нею не ділитися, тощо.

Клініко-психологічне дослідження показало ригідність особистісних установок, егоцентризм, значний рівень коливання самооцінки, низьку фрустраційну толерантність. Високі показники загальні і з окремих шкал опитувальника вираженості психопатологічної симптоматики SCL-90-R: загальний показник – 1,49; соматизація – 0,83, обсесивність-компульсивність – 1,4; міжособистісна

тривожність (інтровертованість) – 1,78; депресія – 1,7; тривожність – 1,9; ворожість – 0,5; фобія – 1,3; паранояльні тенденції – 1,3; психотизм – 1,1. Дані з наведених шкал переважно відповідають нормативним балам стаціонарних психічнохворих, окрім соматизації (відповідає нормативним балам амбулаторних психічнохворих) і ворожості (незначно вище норми); досить високі показники додаткових пунктів порушень сну та почуття провини. Показник Торонтської алекситимічної шкали (ТАШ)=80 (алекситимічний тип особистості за цією методикою відповідає 74 балам і вище), переважання особистісної тривожності над ситуаційною за методикою Спілберґера–Ханіна, рівень депресії за шкалою Гамільтона до початку психоаналітичних інтервенцій визначався 27 балами (на фоні антидепресивної медикаментозної терапії), після проведення 12 сеансів психоаналітичної терапії знизився до 15 балів (що відповідає легкому депресивному розладу), превалуючі психологічні захисти за методикою Келермана–Плутчека–Конте: проєкція, заперечення, гіперкомпенсація. За результатами методики діагностики міжособистісних стосунків Т. Лірі характерні загалом вищі оцінки за активними шкалами: високий ступінь за шкалами авторитарності (12 балів), ригідності (10 балів), егоїзму (9 балів); помірний ступінь вираженості за шкалою підозрливості (8 балів), поступливості (6 балів), конформізму (7 балів); низька вираженість за реактивними шкалами залежності (3 бали) і чуйності (3 бали). Інтегральні фактори домінування та доброзичливості складають відповідно +6,7 та -10,7.

Розбір випадку. Психопатологічний розбір. Стан пацієнтки на момент огляду відповідає класичним описам інволюційної депресії. Про це свідчать:

1. Особливості феноменології:
 - а) тривожно-депресивний настрій як базовий симптом;
 - б) представленість ідей самозвинувачення та гріховності;
 - в) відсутність характерної для класичної меланхолії ідеаторної та вольової загальмованості;
 - г) відсутність добового ритму проявів хвороби;
 - д) лабільність афективних проявів залежно від зовнішньої ситуації;
 - е) невелика глибина депресивного афекту;
 - є) вкраплення в структуру розладу маячних ідей персекуторного змісту;
 - ж) забарвленість маячних ідей відтінком величчя.
2. Закономірності розвитку та перебігу:
 - а) розвиток у інволюційному віці;
 - б) відсутність фазності чи прогредієнтності розладу;
 - в) тенденція до затяжного перебігу.
3. Особливість поведінки в стаціонарі:
 - а) характерна поведінка: нарікання на плачевність свого стану співіснують із відмовою від пропонованої допомоги;
 - б) претензійно-егоцентрична поведінка в стосунках з іншими пацієнтами;
 - в) нестабільна поведінка в стаціонарі.

З анамнестичних даних нам також відомо, що психопатологічні розлади в доінволюційному періоді манифестували у формі іпохондрично-фобічної реакції на фоні змін життєвого устрою через соціальні негаразди в країні проживання та повідомлення про ракове захворювання подруги. У цій реакції превалював ідеаторний компонент, що наближає її до феномена «настирливої іпохондрії». Ця реакція не призводить до розгортання клінічного сформованого іпохондричного розладу, адже превалювання ідеаторного компонента разом із подальшою раціонально-прагматичною переробкою цього переживання пацієнткою (вона «купляє» собі «про всяк випадок» групу інвалідності, після чого заспокоюється) загалом вписується в поведінковий стиль пацієнтки, а тому може розглядатися в якості гомономної, психогенно обумовленої невротичної

реакції. На користь такого розуміння свідчить також спонтанна редукція симптоматики.

Другим спалахом передвісників майбутньої психотичної декомпенсації можна вважати фобічну реакцію на гарчання доньчиного собаки, коли в спогадах пацієнтки блискучо промайнули перелякані обличчя чоловіка та дітей загризеної псом сусідки. У цьому переживанні превалює образне уявлення, близьке за своєю структурою до феномена «контрастних обсесій», яке значно глибше зачіпає пацієнтку. Вона намагається якомога швидше «вилучити» зі свого життя «джерело» переживань, що її лякають, коли, не порадившись ні з ким, віддає собаку корейцям «на м'ясо». Проте, вона не заспокоюється, з'являються амбівалентні переживання, про які можна судити з її подальшої поведінки: *побачивши горе молодшої доньки, схаменулась, не могла спати цілу ніч, відчувала, що вчинила «щось недобре», зранку побігла до корейців, але собаку вже з'їли*. Це переживання не вписується в малоемоційний розрахунково-прагматичний стиль поведінки пацієнтки, а тому може вважатися гетерономною особистісною реакцією. Реакцією воно є тому, що був реальний привід для переляку, проте, враховуючи неадекватність амплітуди та глибини емоційної відповіді на нього, можна говорити, що в цій реакції присутній ендогенний момент, або реальна ситуація «зачепила» суб'єктивно значиме «ключове переживання» (Kretschmer, 1927) пацієнтки. Однак, цей фобічний епізод також не розвивається в клінічно розгорнутий психічний розлад. Хоча, з іншого боку, виходячи з розказаної пацієнткою її історії захворювання, саме з цього моменту життя остаточно виходить з-під її контролю (що в часі збігається також із заступленням менопаузи).

Наступний спалах психопатологічної симптоматики відбувається у формі класичного параноїдного приступу з гострим чуттєвим маяченням та розладами сприйняття на висоті афекту. Цей приступ розвивається після тривалої психотравмуючої ситуації, пов'язаної з погіршенням стосунків із чоловіком, його тривалою відсутністю, конфліктними стосунками з дітьми та радикальною зміною соціального середовища існування, після переїзду сім'ї в Росію. Вказані передумови виникнення розладу ставлять його в серединну позицію між жислінівським «параноїдом зовнішньої ситуації» (Жислін, 1975) та інволюційним параноїдом (Краєрелін, 1904), коли для першого характерний виражений афект страху в умовах незвичної та незнайомої ситуації, а для другого – тривала конфронтація з психотравмуючою ситуацією. Для першого типовим є розвиток гострого чуттєвого маячення персекуторного змісту з відчуттям екзистенційної небезпеки, для другого – маячення збитків «малого розмаху» (Zajisek, 2018). І в першому, і в другому випадку маячення спрямоване проти конкретних людей із найближчого оточення хворого (*згадаймо, у пацієнтки виникають побоювання, що сусіди-свідки Ієгови збираються їх пограбувати, а то й убити за те, що вона не хотіла приставати на цю віру; вона пише лист матері про свої підозри та передає його з okazji до сина в його місто; далі виникає підозра, що зміст листа відомий членам секти – усі дивляться на неї якось насмішувато та зневажливо*). І перший, і другий розлад розвивається на «патологічно зміненому ґрунті» (Жислін, 1975) та відноситься до патологічних станів, у патогенезі яких однаковою мірою беруть участь як соматогенні (менопауза), так і психогенні (ситуація в сім'ї, переїзд на нове та незнайоме місце проживання) чинники. У цьому розладі превалює кататимна складова – афект екзистенційного страху, яка дуже віддалена від життєвого стилю «холодного розрахунку» даної пацієнтки, і яка глибоко її декомпенсує. Цей розлад є клінічно розгорнутим і завершується госпіталізацією в психіатричну клініку.

Від параноїдного до першої манифестації клінічного розгорнутого депресивного розладу є проміжок часу в 6 місяців. Така динаміка може розумітися по-різному: напри-

клад, як депресивне опрацювання афективно-маячного приступу або як глибока дезадаптація в результаті надмірних катастрофічних стресів, адже протягом цих 6 місяців пацієнтка ще двічі змінює місце проживання (спочатку переїжджає в батьківську хату, а потім – до нового міста), а в її житті стаються реальні травматичні події – загибель сина, самогубство брата, втрата матеріального статку, кожна з яких могла би стати причиною психічної дезадаптації будь-якої людини.

Отже, виходячи з вищесказаного, ми маємо два вектори роздумів:

1) наростання глибини психопатологічної симптоматики: від першої іпохондрично-фобічної реакції (у пременопаузі) через спалах «контрастної обсесії» (у періменопаузі) та короткотривалий розгорнутий параноїчний напад до зтяжної та терапевтично резистентної інволюційної депресії (у постменопаузі) – може свідчити на користь «ендогенності» психічного розладу;

2) накопичення в короткому проміжку життя психотравмуючих переживань: від соціальних потрясінь через сімейні проблеми до реальних трагічних подій: загибель сина, самогубство брата, втрата матеріального благополуччя – може свідчити на користь «психогенності» психічного розладу.

Нарешті, ще один вектор роздумів міг би стосуватися соматичного стану пацієнтки, адже захворювання маніфестувало в інволюційному віці, а звідси – вагомість фізіологічної складової не повинна викликати сумніву. Проте, ретельне неврологічне обстеження хворої не виявило розладів ЦНС чи периферичної нервової системи, які могли би послугувати причиною її психічного стану. Так само і з боку інших органів і систем було виявлено лише клінічні ознаки хронічного гастриту та холециститу, а отже, підстав думати, що розлади психіки визначаються соматичним станом пацієнтки, немає.

Так само можна навести і контраргументи проти двох вищезгаданих точок зору:

1) проти вектора «ендогенності» говорять особливості феноменології та перебігу наявного депресивного: у першу чергу, це лабільність афективних проявів залежно від зовнішньої ситуації, а також відсутність фазності чи прогредієнтності розладу (розлад лишається практично незмінним впродовж багатьох років); у другу чергу, це відсутність характерної для класичної меланхолії ідеаторної та вольової загальмованості, відсутність добового ритму проявів хвороби, невелика глибина депресивного афекту;

2) проти вектора «психогенності» говорить «невиконання» всіх критеріїв тріади К. Ясперса – розладу притаманний зтяжний перебіг, а психотравмуючі моменти лише опосередковано відображаються в змісті психопатологічної симптоматики.

Задля того, щоб аргументувати останню тезу, я хотів би звернути увагу на деякі психопатологічні особливості актуального психічного стану пацієнтки: у її депресивних переживаннях звучать головним чином самозвинувачення та скарги на відчуття, що вона божеволіє, втрачає контроль над своїм життям, у контексті яких можна розчутити і сум за втраченим добробутом. У той час, як реальні втрати близьких людей, як-то: загибель сина, самогубство брата – залишаються «німими», здається, афективне опрацювання цих переживань повністю відсутнє. Даний прояв близький до феномена «емоційної анестезії» (Van der Kolk, Pelcovitz & Roth, 1996), що дозволяє говорити про дисоціативне опрацювання вказаних подій. Ми маємо можливість спостерігати результат цього процесу, який проявляється в певному звуженні свідомості та селективній амнезії, коли хвора, з одного боку, знаходиться у своєму «щасливому минулому», а з іншого – частково усвідомлює трагічну реальність. (Найбільш рельєфно цей феномен проявляється під час обстеження, коли хвора говорить мені, що хотіла би назвати свого сина моїм ім'ям). Подібне патологічне за-

речення може виявляти неабияку стійкість та супроводжується проявами «дисоціативного відчуження» (Никишова, 1930), що, зокрема, проявляється у втраті інтересу до свого життя. У класичних описах інволюційних психозів Е. Крепеліна (Kraepelin, 1903; Kraepelin, 1904, Снежневський, 1983) ці феномени розглядаються в якості «істероформних».

Беручи до уваги наведені вище аргументи, необхідно визнати, що в психічному розладі пацієнтки одночасно присутні ознаки як ендегенного, так і реактивного розладу, який розвивається на фоні змін фізіологічного функціонування організму в результаті інволюції. Звідси наявна депресивна симптоматика з психопатологічної точки зору є типовим «ендореактивним розладом» – розладом змішаної етіології: ендегенної, психогенної та соматогенної, коли клінічно неможливо визначити, який із даних етіологічних факторів є провідним.

Саме тому постає актуальність детального дослідження «особистісного ґрунту» пацієнтки, адже психологічною (психіатричною) категорією, яка об'єднує в собі ендегенний (вроджений / генетично обумовлений / закладений природою) та психогенний (обумовлений впливами оточуючого середовища / історією життя людини) фактори та є безпосереднім результатом їхньої тісної взаємодії, є *особистість*, у якій гармонійно (або дисгармонійно) поєднується індивідуальне та загальне (Jaspers, 1997).

Із клінічної точки зору ми маємо ряд суперечливих даних щодо особистісної структури цих пацієнтів:

– малоемоційний раціонально-прагматичний стиль життя пацієнтки, що співіснує з беззастережним втручанням у особисті справи своїх близьких та прагненням визнання, однаковою мірою несе в собі риси як експансивних шизоїдів (Kretschmer, 1930), так і гіпертимних особистостей за Ганнушкіним (Zajicek, 2018);

– на початку формування психічного розладу в інволюції присутні невротичні та особистісні реакції обсеєсивно-фобічного спектра;

– в актуальній клінічній картині депресивного розладу наявні елементи дисоціативного опрацювання переживань, які в науковій літературі розглядаються в якості істероформних.

Таким чином, йдучи шляхом психопатологічного аналізу, не вдається віднайти трансфеноменологічну складову в поведінці пацієнтки, що могла би об'єднати вищенаведені клінічні ознаки з точки зору структури особистості хворої / пов'язати структуру особистості з актуальним психічним розладом. Тому я звернувся до психоаналітичного дослідження, яке, використовуючи аналіз висловлювань, рефлексію стосунку з хворим під час обстеження, а також логічний метод абдукції (Loch, 1999), що уможливає припущення, дозволило глибше зрозуміти даний клінічний випадок, віднайти суб'єктивний лейтмотив поведінки хворої, а відтак і об'єднуючу складову, якої не вистачає, її життєвого стилю та психопатологічних проявів у інволюційному періоді життя.

Психодинамічний розбір. Оцінюючи вищеподаний клінічний випадок із психоаналітичних позицій, слід зауважити ряд моментів, які дозволяють нам більш рельєфно побачити особистісний аспект психотичного стану пацієнтки.

Серед *скарг*, типових для депресії (пригнічений настрій, внутрішній неспокій, недиференційовані соматичні скарги), звертають на себе увагу суб'єктивно найбільш значимі скарги на відчуття, що вона божеволіє, втрачає контроль над своїм життям.

Тепер проглянемо «по кроках» *анамнез життя* пацієнтки (задля цього абзаци анамнезу були пронумеровані).

В абзаци № 1 представлені спогади пацієнтки про своїх батьків, де можна розрізнити ідеалізований та слабо диференційований образ батька й набагато чіткіше прописаний, але психологічно віддалений образ матері. Риси, якими пацієнтка «наділяє» свою матір: емоційна

холодність і формальність у стосунках із дітьми, надмірна діяльність аж до екзальтованості, схильність до незвичайних уподобань (набивання опудал), багатогранність її інтересів (від театру до спорту), виказують сильні амбівалентні переживання, пов'язані з матір'ю: здається, пацієнтка одночасно нею захоплюється та злиться на неї. У свідомих висловлюваннях, однак, домінує афект образи на матір, що дозволяє припустити наявність у пацієнтки латентної заздрості до цього емоційно холодного та недоступного, але разом із тим захоплююче привабливого материнського об'єкта. Опосередкованим доказом такого розуміння є констатація хворої: «Я погано знала свою матір!», що дисонує з достатньо диференційованим образом матері в її спогадах.

Абзац № 2 присвячений спогадам дитинства, де звертає на себе увагу відсутність у пацієнтки та її сиблінгів сталих емоційних стосунків між собою та жодним із батьків (принаймні, так виглядає з розповіді хворої). Характерним є те, що загалом ці спогади досить скупі, переважно фіксовані на негативно заряджених драматичних епізодах, сповнених образи на матір. Ця констеляція емоційних переживань стосовно матері (захоплення – злоби, образи – заздрості), на мою думку, лежить в основі центрального невідомого конфлікту пацієнтки, створюючи для неї певний «психологічний клінч» – неможливість ані ідентифікуватися з материнським об'єктом, ані відсепаруватися від нього. Навколо цього конфлікту надалі розгортається вся «життєва крива» пацієнтки.

У школі вона ніби «копіювала» уподобання матері: відмінно навчалася, захоплювалася художньою самодіяльністю: співала, танцювала, їздила з агітбригадою, грала в шкільному драматичному гуртку. Після закінчення школи (абзац № 3) вона також намагається торувати материнський шлях, коли йде вчителювати в школу, працює піонервожатою, вступає до педагогічного інституту, паралельно з навчанням працює на заводі. Можна припустити, що неможливість ідентифікуватися з матір'ю (з її звеличеним, всемогутнім образом) та активація пов'язаних переживань злоби та заздрості були частковою внутрішньою причиною для виникнення постійних головних болів та врешті-решт послугували причиною відмови від продовження закладеної матір'ю вчительської традиції.

Покинувши педагогічний інститут, пацієнтка, на перший погляд, перетворюється на активного творця власної долі (абзац № 4), вирішуючи її як у фаховому відношенні (самостійно поступила в медичне училище, де навчалася без жодних проблем), так і в стосунках (ставила умови майбутньому чоловікові та виїхала за нього лише тоді, коли він виконав усі її «завдання»). Однак, у такий спосіб вона й надалі залишається у «фарватері» ідентифікації з матір'ю: хірургом, який не відбувся, людиною, що своїми руками «творить життя». Тобто тут відбувається спроба ідентифікації з символічною всемогутньою матір'ю.

Ще глибше розглядаючи цей переламний момент долі пацієнтки (абзаци № 3–4), можна помітити дві точки тяжіння, у коливаннях між якими знаходиться пацієнтка: на рівні об'єктивної реальності – це коливання між батьківською домівкою (материнським крилом) та географічно віддаленим від неї місцем першої роботи, а потім місцем навчання та другої роботи. На рівні суб'єктивної реальності – це коливання між спробою ідентифікуватися з матір'ю, досягнувши тотожності з нею, і спробою відсепаруватися від матері, відкинувши її образ та знайшовши власний життєвий шлях. З анамнезу можна бачити, як пацієнтка кваліфікує покідає батьківську домівку, одразу намагається стати вчителькою (без попередньої професійної освіти). При цьому її не лякає перспектива їхати в далекий незнайомий середньоазійський кишлак. Зіткнувшись там зі складнощами дорослого життя, вона через рік повертається додому та влаштовується до рідної школи піонервожатою. Проте, вона не полишає бажання стати вчитель-

кою та через рік знову їде з дому, на цей раз вже навчатися в педагогічний інститут, а через три роки покидає це навчання. Описані коливання нагадують рух іграшки «йой-йой», що віддаляється, наближається та знову віддаляється від руки господаря. Така динаміка характерна для фази сепарації-індивідуалізації (підфаза возз'єднання) у теорії психічного розвитку Маргарет Малер (Mahler, 2018) і нагадує описання двох фаз теорії психічного розвитку Еріка Еріксона (Erikson, 1996): «автономність проти сорому й залежності» та «ідентичність проти дифузії ролей».

Такі самі коливання відбуваються на інтрапсихічному рівні: спочатку вона намагається повторити життєвий шлях матері, йдучи одразу після школи вчителювати. Вона пробує «одним рухом» перетворитися з учениці на вчительку / з дитини на дорослу / з доньки на власну матір. Треба припустити, що брак життєвого та професійного досвіду прирікає цю спробу на невдачу. Повернувшись у рідну школу на посаду піонервожатої, а потім поступивши в педагогічний інститут, пацієнтка отримує шанс здобути власний професійний досвід, шанс стати педагогом. Проте, суперечливість її стосунків із матір'ю провокує її зсередини на поквалітивні, гарячкові кроки: вона знову покидає батьківський дім і паралельно з навчанням у вишій йде позмінно працювати на завод. Тут вона по суті повторно намагається уподібнитися із «зовнішніми проявами» багатогранної та всемогутньої матері. Очевидно, що позмінна робота на заводі та навчання у вишій вимагають зовсім різного «режиму функціонування», різного ставлення до своєї діяльності. Спроба «вбити одним пострілом двох зайців» / поєднати погано поєднуване – завдання досить складне та енергоємне. Тому не дивно, що за три роки напружених зусиль у пацієнтки настає зрив фізіологічної та психологічної адаптації, що проявляється в погіршенні фізичного здоров'я (церебральний арахноїдит), що можна розглядати в якості ймовірної соматоформної невротичної симптоматики, яка проявляється головними болями. На користь такого припущення виступає також факт спонтанної редукції вказаної симптоматики після того, як пацієнтка покинула навчання та роботу на заводі.

Можна також припустити, що в цей проміжок часу на суб'єктивному рівні пацієнтка пережила емоційну кризу, яка супроводжувалася когнітивним осмисленням зроблених досі самостійних кроків: із цього моменту вона стає більш виваженою та розсудливою. Відтепер вона не бере на себе зайвого – спокійно навчається в медучилищі та починає прагматично «будувати» своє життя. Проте, саме цей відтінок прагматичності, щоб не сказати «холодного розрахунку», із яким вона входить у подружнє життя та робить усі свої наступні кроки, говорить про те, що емоційне опрацювання попередньої невдалої спроби досягнути психічної незалежності від материнського об'єкта, що викликає амбівалентні почуття (шляхом повного уподібнення власної поведінки зовнішнім проявам материнського образу, як би це парадоксально не звучало), пройшло не дуже гладко. Здається, тепер пацієнтка змінює полюс своєї подібності до звеличеної всемогутньої матері: вона стає всемогутнім «творцем свого життя».

Під цим «гаслом» можна зрозуміти всі події, описані в абзаці № 4. Найкраще це прослідковується в наступних формулюваннях: *вона пишається тим, що їм ніхто не допомагав, вони з чоловіком самі досягли добробуту. Особливо наголошує, що сама виховувала дітей, не гребувала будь-якими додатковими роботами заради заробітку... охоче та багатослівно розповідає, що завжди всім допомагала: писала віршички для свят у дитячому садку та школі, куди ходили її діти, доглядала сусідських дітей...* (Практично такою самою діяльною та багатогранною вона описувала свою матір). Аспект її фантазійної всемогутності стає очевидним в організації ризикова-

них та кримінально переслідуваних нелегальних абортів, і ще рельєфнішим – у магічному мисленні та ворожінні: *«Я давно помітила, що маю пророчі здібності!»*.

У її здатності помічати негативні наслідки власних дій добре розкривається психологічний захист розщеплення: на перший погляд вона сприймає неадекватність багатьох власних вчинків, але, пояснюючи їх своїми надприродними здібностями, заперечує її. Таку єдність сприйняття та заперечення сприйнятого Дж. Штайнер (Steiner, 1993) описує в якості «межової позиції», під якою він розуміє місце психічної схованки, що покликана пом'якшувати персекуторні та депресивні страхи, які травмують слабке Его. Він говорить, що цю «межову позицію» не слід змішувати з діагностичною категорією межового стану. Вона є елементом нормального психічного розвитку, проте, якщо постійно використовується та «костеніє», то перетворюється на патологічний психологічний захист. Використання «межової позиції» цією хворою, на мою думку, вступило в дію після перенесеної емоційної кризи в пізньому пубертаті й залишається актуальним дотепер. Це можна було спостерігати і під час обстеження пацієнтки в стаціонарі – у її поведінці з власними сновидіннями та моїми коментарями: пацієнтка дослухалася до моїх інтерпретацій, досить емоційно на них реагувала, але потім робила раптовий несподіваний висновок, який зовсім не включав моїх інтервенцій.

Стратегія «(всемогутнього) творця свого життя» функціонує успішно багато років, що дозволяє хворій досягнути доброго матеріального, соціального та психологічного положення. Однак, коли вступають у гру фактори, які вона не в змозі ані контролювати, ані передбачити, її впевнена хода по життю стає хиткою: невдовзі після початку соціальних негараздів, пов'язаних із розпадом СРСП (абзац № 4), у пацієнтки маніфестує іпохондрична реакція, яку вона пов'язує з раковим процесом молочної залози своєї подруги. Власне, це змістовне наповнення іпохондричної реакції в котрий раз засвідчує її хитку ідентифікацію жінки-матері. Із психоаналітичної точки зору це місце можна тлумачити наступним чином: коли звиклі життєві стереотипи починають руйнуватися (під впливом непередбачуваних обставин), вони втрачають свою опорну функцію, і виникає потреба спертися на внутрішній «хребет / стрижень особистості», який насамперед складається з асимільованих внутрішніх образів батьків, і котрий у кризових ситуаціях виступає головною точкою опори (Menzos, 2000). Ця пацієнтка не може повноцінно опертися на внутрішній образ матері, бо цей образ ще не є достатньо асимільованим, а асимільувати його не дозволяє амбівалентність цього образу, що формує описаний вище центральний патогенний конфлікт пацієнтки. Тому на соціальну нестабільність та пов'язану з нею зміну життєвих стереотипів пацієнтка реагує іпохондрією. Цікаво, що в такій іпохондричній реакції присутні всі аспекти невротичного симптомоутворення, як їх описав З. Фройд: іпохондрія в даному випадку є компромісним утворенням між визнанням і невизнанням неповноцінності внутрішньої структури власної особистості, спроектованої на образ тіла (Freud, 2014).

Вихід із цієї короткочасної іпохондричної реакції відбувається через посилення активної, діяльної життєвої позиції: аби відновити матеріальну стабільність сім'ї та впоратися з внутрішнім неспокоєм, пацієнтка купує собі групу інвалідності, покидає свою звичну роботу, аби займатися дрібним бізнесом – вона знову намагається стати самодостатнім «творцем свого життя». Проте, відновити status quo, навіть у своїй, окремо взятій родині, їй не вдається, тому що до попередніх несподіваних соціальних проблем додаються проблеми з дітьми, які подорослішали і тепер намагаються керуватися в житті своїм розумом, боротися за право самостійно обрати свій шлях. Загроза втратити вплив на дітей невідворотно активує

в ній її власний патогенний несвідомий конфлікт: амбівалентність стосунків із матір'ю не дає їй ані ідентифікуватися з нею, ані відсепаруватися від неї. Таким чином, вона психологічно «опиняється між молотом та ковадлом»: невирішена сепараційна проблематика з матір'ю не дає їй можливості впоратися з сепарацією від неї її власних дітей. Ця динаміка описана в абзаці № 5, де неозброєним оком можна помітити, наскільки неадекватно та беззастережно вона втручається в долі своїх дітей, і як така поведінка поступово призводить до їх повного віддалення від неї. Можна сказати, що в стосунках із дітьми розгорнулася нова постановка психологічної драми пацієнтки: бажаючи знайти свій шлях, вона повторила материнський сценарій / бажаючи утримати дітей біля себе, вона їх відштовхнула.

Застосовуючи метафоричне розуміння перебігу подій, притаманне психоаналітичному методу, можна сказати, що в історії з доньчиною собакою метафорично продемонстрована вся драма її ображених материнських почуттів, спроектованих у стосунки з собакою: «Я його власними руками вигодовувала, а він за господаря лише доньку визнавав. А потім ще й почав на мене гарчати!». Квাপливість, з якою вона позбавляється собаки, та спосіб, який вона задля цього обирає (віддає її корейцям на м'ясо), дозволяють припустити, що ця ситуація мала сильне емоційне навантаження та активувала в пацієнтці глибокі внутрішні конфлікти, яких вона намагалася позбутися шляхом проєкції. Можливо, у смертельному страху, який породив вишкірений собака, немов блискавка, спалахнула амбівалентність почуттів до власної матері / до власних дітей. Доказом такого розуміння служить фіксованість пацієнтки на даному акті розправи, що лишається незмінною впродовж багатьох років та виявляється під час обстеження в стаціонарі, а також внесення самою хворою цього вчинку до списку її «фатальних помилок».

Ця активація несвідомого патогенного конфлікту під впливом: (а) соціальних негараздів, що вимагали зміни життєвих стереотипів і (б) досягнення дітьми того віку, у якому вони прагнуть досягти соціальної та психологічної незалежності / віку, у якому вона сама пережила гіпотетичну емоційну кризу, намагаючись розірвати психологічну залежність від матері, стає вихідною точкою глибокої психологічної декомпенсації. Усі наступні кроки пацієнтки ніби продиктовані панічною потребою захиститися від неминучої емоційної кризи. Спочатку вона намагається спроектувати свій біль «поразки» в стосунках із дітьми (біль краху життєвої стратегії) на чоловіка, якого називає «бовдуром» та «невдахою». Задля того, щоб довести йому (собі) його неспроможність, вона йде на великі жертви: віддає йому сімейні заощадження, живе без нього по півроку, самостійно заробляє собі та молодшим дітям на прожиття. Проте, в описанні чоловікових невдач (абзац № 6) простежується та сама структура переживань, що й при описанні власних невдач у стосунках із дітьми (абзац № 5). Тепер лише вони спроектовані на чоловіка. Можливо, якби чоловік повернувся, як «блудний син», із каяттям / визнав би свою поразку / став би смиренним носієм її почуття власної неспроможності знайти свій життєвий шлях, це принесло би пацієнтці тимчасове полегшення / компенсувало би її психологічний стан. Це розуміння підкріплюється динамікою психоаналітичної взаємодії: пацієнтці стало легше, коли, з одного боку, тематика бесід змінилася із самозвинувачень на звинувачення у всіх своїх бідах чоловіка та матері, а з іншого боку, коли в мене з'явилося контрпереносне відчуття «психотерапевтичної неспроможності». (Ще один доказ вказаного розуміння неочікувано з'явився під час підготовки даного випадку до публікації: чоловік пацієнтки раптово помер від серцевого нападу. Після похорон вона прийшла до лікуючого лікаря, щоб сказати, що хоче відмовитися від підтримуючого лікування, адже їй несподівано стало відчутно краще: «Немов відкрилася нова перспек-

тива в житті! Я відчула в собі новий прилив сил!». Вона йде жити до своєї старшої доньки, щоб виховувати онука, але приблизно через два місяці, після першого серйозного конфлікту із зятем, самотійно просить про госпіталізацію через те, що проживати в доньчиній сім'ї для неї неможливо: зять висуває до неї завищені вимоги та не зважає на її вік та хворобу).

За внутрішньою логікою її хворобливого процесу, що приховано перебігає, вона, послабивши почуття власної неспроможності шляхом проєкції на чоловіка, невдовзі знову активно вдається до спроби взяти ситуацію під власний контроль. Напевно, додатковим (і одним із провідних) фактором, що стимулював її до надмірно активних дій, був момент настання клімаксу (початок інволюції), що на часовому векторі збігся із втратою колишньої моральної влади над чоловіком (див. кінець абзацу № 6), причому ці дані (клімакс та емансипація чоловіка) були подані в процесі розмови без будь-якого зв'язку між собою. Вона починає діяти невиважено, подекуди гарячково. Це стосується і позашлюбних інтимних зв'язків, і поспішного продажу житла, необдуманого купівлі першого-ліпшого будинку в Росії, панічної втечі з нового помешкання, і всіх наступних подій її життя. В абзаці № 7 добре відображена ця динаміка. Здається, вона, немов азартний гравець, не може спинитися: робить одну ставку і програє, робить другу – знову програє, робить третю – втретє програє, тоді йде ва-банк – програє та божеволіє. Її афективне маячення «малого розмаху», що тепер пов'язане з сусідами-сектантами, за змістовим наповненням мало чим відрізняється від попередніх побоювань щодо націоналістично настроєних азіатів / щодо небезпечних доньчиних друзів-хуліганів / щодо озлобленого собаки. Афективна складова всіх перелічених переживань одна й та сама – екзистенційний страх перед неминучою катастрофою, від якої «негайно потрібно рятуватись». Маячний епізод є апогеєм цього афективного напруження та відображає переживання: «Моє життя руйнується, немов фортеця з піску під натиском хвиль невідвладної долі, і я цьому ніяк не можу запобігти». Цей екзистенційний страх відображає емоційне переживання пацієнткою певної суб'єктивної катастрофи – краху її життєвої стратегії. Під час обстеження в стаціонарі в пацієнтці ніби співіснують залишкові маячні ідеї щодо епізоду з сектантами поряд із інтуїтивним відчуттям своєї особистої участі у власній долі: «... то була кара небесна за мої гріхи».

Переживши психотичний епізод, пацієнтка повертається до вихідної точки своїх життєвих мандрів – батьківської домівки, материнського плеча (абзац № 8) – горда самовпевнена хода по життєвій дорозі закінчується поразкою. У дещо більшому та ширшому масштабі вона в цей момент ніби ототожнюється зі своїм чоловіком-невдахою, що втратив гроші, а будинок не збудував. Її повернення до матері немов символізує її неспроможність. Проте, переживання своєї безпорадності та неспроможності для неї нестерпні, що позбавляє її шансу спертися на підтримку своєї рідні та «відновитися після падіння», аби знову «поставити на ноги» своє життя. Замість цього вона починає запеклу боротьбу зі своїм недолугим, залежним від алкоголю молодшим братом, який тепер стає носієм її відщепленого та спроектованого почуття власної неспроможності. У цій боротьбі не вона, а він – невдаха, що не зміг стати незалежною людиною, не зміг побудувати своєї домівки, свого життєвого зауттку і тепер претендує на батьківську хатину. Домінування саме цього мотиву її претензій до брата відображено і в тому, що вона таки відмовляється від своїх прав на будинок батьків і робить ще одну спробу взяти своє життя під власний контроль.

У новому місті вона зустрічає своє Ватерлоо – її житейська мудрість та вміння маніпулювати людьми та відстоювати свої інтереси зазнали краху в зіткненні зі змінами фінансово-майнових стосунків фізичної особи та держави

у сфері нерухомості: вона зробила ставку та усе програла. Метафорично висловлюючись, пацієнтка повторила сценарій старої з пушкінської «Казки про рибака та рибку»: почавши з нічого, отримала все, щоб потім усе це втратити та повернутися до вихідної точки, «розбитого корита» (символу травматичного досвіду з материнським об'єктом). В абзаці № 9 коротко змальовано остаточне фіаско кінця життя – вона втратила все: фінансові заощадження, зароблене майно, любов чоловіка, прихильність та повагу дітей і, напевно, самоповагу. Виглядає на те, що зчинена нею далі спроба самогубства спрямована саме на відновлення самоповаги (самооцінки).

Можна бачити, що суб'єктивним лейтмотивом усієї розповіді пацієнтки про своє життя є її стоїчне протистояння життєвим складнощам та ударам злого фатуму. Вона змальовує себе героєм-одинаком, який переважно успішно протистоїть усім викликам долі: у дитинстві – емоційно холодній (майже байдужій) матері, у дорослому житті – матеріальним і житейським складнощам соціального становлення та виховання дітей, далі – соціальним потрясінням нашого часу і врешті-решт – виклику долі (щоб не сказати Бога), яка позбавляє її всього, навіть шансу, нікого не обтяжуючи, піти з цього життя: згадаймо, як вона повідомила лікувального лікаря, що якщо Бог не бажає її смерті, то вона більше не чинитиме самогубства (абзац № 10), і майже тріумфально промовляє: «Я горітиму в пеклі!». У цьому місці розкривається інтрапсихічний мотив депресії – відновлення самоповаги, з одного боку, і релятивізація відповідальності за своє життя, з іншого, адже Бог послав їй ще й це випробування. У цьому контексті можна зрозуміти терапевтичну резистентність пацієнтки до психофармакотерапії, адже терапевтичний ефект конфронтації з реальністю її сьогодення, яке вона не в змозі ані змінити власними силами, ані прийняти, бо це означало би втрату самоповаги (самооцінки).

Метасихологічний розбір випадку. У представленому розборі відслідковується ряд важливих моментів, які можна згрупувати в такі чотири кластери:

1. Структурно-феноменологічні ознаки особистості пацієнтки, що формують її індивідуальний стиль психологічної адаптації до різних життєвих обставин:

1. Звертає на себе увагу, що наведений психодинамічний (гіпотетичний) розбір займає не менше сторінок, ніж сам анамнез; це є опосередкованим проявом алекситимічної проблематики пацієнтки (Торонтська алекситимічна шкала 80 балів). Даний розбір ніби додає випадку «внутрішнього ігрового простору» (Winnicott, 1979), якого так бракує цій пацієнтці. Наслідком цього дефіциту є слабкість символічного мислення, що проявляється в схильності до поведінкових відреагувань та функціональній недостатності рефлексивного опрацювання пережитих життєвих ситуацій, а в кінцевому рахунку – у нездатності навчатися на власному досвіді (Bion, 1990).

2. Попри велику кількість подій та ситуацій у житті пацієнтки, зразки її поведінкового реагування завжди були досить сталими та одноманітними: форсований всемогутній контроль над ситуацією та своїм найближчим оточенням в якості активного полюсу та проєкція свого почуття неспроможності впоратися з ситуацією й відповідальності за зроблені помилки у своє найближче оточення (матір / чоловіка / брата / ... / психотерапевта) в якості пасивного полюса. Спільним знаменником для цих обох полюсів є перебування в центрі подій та збереження за собою виняткового права визначати власну долю.

3. На інтрапсихічному рівні ці вагання відображають невдалу спробу пацієнтки здобути власну ідентичність через ідентифікацію зі сфантазованим всемогутнім образом матері та прагнення позбутися почуття своєї неповноцінності й пов'язаних із цим почуттям негативних афектів щодо недосязної матері шляхом проєкції, що складає її патогенний несвідомий конфлікт. (Згадаймо, що пацієнтка

і в молодості бачила причину своїх невдач у байдужому ставленні матері до її падіння з даху і сьогодні (під час обстеження) дорікає матері, і разом з тим сумнівається, чи не краще було таки їй продовжити материнську традицію і стати вчителькою).

4. Наявний у пацієнтки патогенний несвідомий конфлікт створює передумови для дуже вразливої її самооцінки, яка разом із наведеними в пункті Б усталеними зразками поведінкового реагування утворює «зачароване патологічне коло» нав'язливих повторювань одних і тих самих помилок так, що:

– будь-яка невдача або непередбачувана життєва обставина призводить до втрати самоповаги →

– це, у свою чергу, вводить у дію механізми компенсації самооцінки, які в даному випадку складаються з усталених зразків поведінкового реагування →

– пацієнтка, з одного боку, проєктує своє почуття неповноцінності в найближче оточення (що унеможливає осмислення життєвої ситуації або зробленого кроку), а з іншого боку, поспішно переходить до активних необдуманих кроків, спрямованих на відновлення контролю над ситуацією, →

– унаслідок чого вона робить чергові помилки, →

– що призводить до чергової втрати самоповаги і →

– повертає інтрапсихічну ситуацію у вихідну точку цього «зачарованого кола».

Це «зачароване коло» формує інтрапсихічний тригерний механізм, що постійно підкріплює вказану в пунктах Б і В несвідому психодинаміку пацієнтки, так званий «психопатичний цикл» за О. В. Кербіковим (Пустовой, 2008).

5. У рамках цього тригерного механізму можна зазначити феномен афективно-когнітивної дисоціації, який полягає в тому, що афективний резонанс звужує когнітивну спроможність в оцінці та прогнозуванні подій, і тому когнітивна переробка інформації пацієнткою передбачає тимчасове відщеплення афекту, що, у свою чергу, різко зменшує антиципаційну здатність.

6. Вказана констеляція усталених зразків поведінкового реагування, тригерного механізму та феномена афективно-когнітивної дисоціації забезпечується функціонуванням осьового механізму психологічного захисту – вертикальним розщепленням (Spaltung). При цьому на суб'єктивному рівні пацієнтка переживає себе героєм-одинаком, який переважно успішно протистоїть усім викликам долі в той час, як зовнішній світ і саме життя переживається в якості загрозливого та ворожого. Іншими словами, усе хороше знаходиться у внутрішньому світі пацієнтки, а все погане – у світі зовнішньому.

II. Динамічні особливості патологічних проявів особистості пацієнтки:

1. Розказана хворою історія життя має дві поворотні точки: (1) пізній пубертат, на який припадає перший спалах психопатологічної симптоматики (невротичної) та (2) інволюційний, на який припадає другий спалах психопатологічної симптоматики (психотичної). У першій точці оформлюється та закріплюється наведений у пунктах А–Е її індивідуальний стиль психологічної адаптації до різних життєвих обставин. У другій точці відбувається злам індивідуально-психологічної адаптації. У часовому проміжку між згаданими точками її механізми функціонування залишаються сталими та одноманітними й забезпечують їй успішну соціальну та індивідуально-психологічну адаптацію.

2. Проблематику раннього дитинства не можна безпосередньо віднайти в анамнезі, хіба за її гіпотетичними похідними. У даному випадку цими похідними можна вважати постійну фонову присутність у розмовах хворої тематики їжі, практичну відсутність спогадів про дубертатний період, переважно негативну емоційну забарвленість наявних поодиноких спогадів дитинства та їхню фіксованість на особистості матері. Також опосередко-

ваним доказом вагомості проблем розвитку в ранньому дитинстві можна вважати сепараційну тематику, яка надто гостро актуалізувалася в пізній пубертатний період і яка формує змістовну фабулу несвідомого патогенного конфлікту пацієнтки.

3. Психічні розлади, які маніфестують в інволюційному періоді життя (іпохондрична реакція / маячний епізод / депресивний розлад), відображають злам дотепер успішних та закріплених у структурі особистості пацієнтки механізмів психологічної адаптації під впливом соціальних, мікросоціальних (сімейних), біологічних (настання менопаузи) та інтрапсихічних (несвідомий патогенний конфлікт та вказаний у пунктах Г і Д тригерний механізм) чинників.

4. Жоден окремо взятий із наведених у пункті 3 патогенних чинників не може вважатися причиною глибокої особистісної декомпенсації в інволюційному періоді. Лише їхня спільна дія, що припадає на доволі обмежений проміжок часу в житті пацієнтки, призводить до зламу біологічної, індивідуально-психологічної та соціальної ланок адаптації, що, у свою чергу, стає причиною психотичного розладу.

III. Психодинамічні особливості депресивного розладу пацієнтки:

1. Наявний у пацієнтки на момент огляду терапевтично резистентний депресивний розлад можна розглядати в якості посиленого патологічного захисту від визнання краху її життєвих сподівань / від визнання повного фіаско її життєвої стратегії. Посилення відбувається за рахунок включення більш примітивних механізмів психологічної адаптації: магійного мислення та горизонтального розщеплення (Schizis). Однак, цей захист залишається «у фарватері» того самого несвідомого конфлікту – пошуку власної ідентичності / пошуку власного життєвого шляху. Цей конфлікт «прослуховується» в наступних висловах хворої: «Ніхто не наробив стільки лиха, як я!», «Я горітиму в пеклі!», «Бог не дасть мені легкої смерті!», «Я готова витерпіти всі свої муки до самого кінця!». У них також розкривається ще один мотив депресії – відновлення самоповаги, з одного боку, і релятивізація відповідальності за прожите життя, з іншого, адже це Бог послав їй таке випробування. Патологічність цього захисту полягає у вилученні з площини переживань виміру реальних людських стосунків: тепер вона з'ясовує стосунки не з матір'ю, не з чоловіком, не з дітьми, навіть не сама з собою, а зі своєю долею – з «рукою провидіння» (зі всемогутнім Богом).

2. Особливість депресивного розладу пацієнтки полягає в тому, що на суб'єктивному рівні вона і себе, і весь зовнішній світ переживає в якості «поганого». Це означає, що притаманне пацієнтці впродовж життя вертикальне розщеплення (Spaltung) підсилюється тепер філогенетично більш раннім горизонтальним розщепленням (Schizis). За рахунок цього поруху відбувається релятивізація відповідальності за прожите життя і, як наслідок, пом'якшення депресії, адже «хіба вона могла бути досконалою в цьому недосконалому світі?».

IV. Особливості психотерапевтичної взаємодії з пацієнткою:

1. У результаті психотерапевтичного втручання у взаємодії з психотерапевтом активуються неасимільовані патогенні об'єктні стосунки з матір'ю та пов'язані з ними негативні почуття (досить чітко з 10-тої зустрічі). Цей внутрішній несвідомий стосунок, з одного боку, представлений переживанням контакту з недосяжним, незрозумілим, але привабливим через свою всемогутність об'єктом, а з іншого боку – переживанням знеціненого та неспроможного самого себе (знеціненого та безсилового суб'єкта). Найбільш рельєфно це прослідковується в контрпереносних відчуттях психотерапевта неможливості встановлення емоційного контакту з даною пацієнткою / його неспроможності їй допомогти, що нарос-

тали паралельно зі змінами поведінки хворої в стаціонарі та покращенням психічного стану пацієнтки з точки зору її лікуючого лікаря (12, 13 та 14 зустрічі).

2. Така активація несвідомого патогенного об'єктного стосунку в психотерапевтичній взаємодії означає включення в замкнену систему психічного розладу виміру реальності (реального людського стосунку з психотерапевтом). Це відкриває шлях до куративного втручання, і вже саме по собі є частковим терапевтичним ефектом. (Рівень депресії за шкалою Гамільтона до початку психоаналітичних інтервенцій визначався 27 балами (на фоні антидепресивної медикаментозної терапії), після проведення 12 сеансів психоаналітичної терапії знизився до 15 балів (що відповідає легкому депресивному розладу)).

Обговорення. Запропонований психоаналітичний розбір підкреслює особливості особистісної структури пацієнтки, які загалом корелюють з усіма класичними аспектами вчення про розлади особистості: статичного моменту як сталості структури особистості з ригідністю психологічних захистів, динамічного моменту у вигляді вагань у проявах у періоди вікових криз та особливостей декомпенсації внаслідок дії зовнішніх та особисто значущих патогенних факторів. Усе це відповідає загальним критеріям розладів особистості, як це зазначено в МКХ-10 і 11 та DSM-IV-TR і DSM-5.

За основними особистісними зразками реагування пацієнтка відповідає більшості описових критеріїв нарцисичного розладу особистості, як вони подані в DSM-IV-TR і DSM-5: 1) реагування на критику гнівом, почуттям сорому або приниження (навіть коли ці почуття не виражаються); 2) схильність до експлуатування в міжособистісних стосунках; 3) гіпертрофоване почуття власної значущості; 4) схильність вважати свої проблеми унікальними та мало кому зрозумілими; 5) фантазії на тему успіху, влади, багатства, краси чи ідеального кохання (у випадку нашої пацієнтки – спогади та ремствування про втрачені нагоди); 6) безпідставне очікування особливо доброго ставлення до себе; 7) прагнення уваги та схвалення; 8) нестача емпатії: нездатність розуміти й переживати почуття інших; 9) почуття заздрості, що переважно проявляється в її надмірно критичному ставленні до будь-яких проявів успішності, досягнень та задоволення життям її оточуючих (особливо рельєфно проявляється у висловлюваннях про матір та в актуальному ставленні до своїх доньок). Такий висновок підтверджується результатами проведеного клінічного напівструктурованого інтерв'ю особистісних розладів IPDE.

Відмічені при психопатологічному розборі раціонально-прагматичний стиль життя, що співіснує з беззастережним втручанням у особисті справи своїх близьких, тепер стає зрозумілим у контексті схильності до експлуатації міжособистісних стосунків, браку емпатії у хворій. Відмічені в доклінічний період захворювання реакції обсесивно-фобічного спектра та наявні в актуальних проявах хвороби дисоціативні феномени, хоча й неможливо

безпосередньо пов'язати з описовими ознаками нарцисичного розладу особистості, тим не менш їх можна зрозуміти в контексті описаних в метарозборі випадку психодинамічних моментів:

- феномена когнітивно-афективної дисоціації;
- поєднаний дії механізмів психологічного захисту проєкції та розщеплення (котрі, як було показано, займають першочергове положення у формуванні депресивного розладу пацієнтки, утворюючи посилений захист від сприйняття реальності та відповідальності за своє життя);
- типовому для нарцисичних особистостей поведінковому патерні – вилученні з площини переживань «джерела» незадоволення / важких емоційних спогадів / фруструючих людських стосунків (McWilliams, 1998).

Усе це дає можливість перефокусувати погляд на актуальний психічний розлад хворої. Особистісний компонент за умов такого перефокусування постає провідним у формуванні інволюційної депресії пацієнтки, виступає в ролі трансфеноменологічної складової, що об'єднує генез захворювання з його психопатологічним оформленням. Із даних позицій біологічним (інволюційні вікові зміни) та зовнішнім макросоціальним факторам належить роль сприяючих та пускових механізмів цієї психотичної декомпенсації, а мікросоціальні фактори займають проміжне положення, адже вони одночасно є і «продуктом життєдіяльності» таких пацієнтів, і «джерелом» додаткової психічної травми.

На вищому рівні абстрагування, а саме мета-аналізі психоаналітичного розбору, що позначається достатньо високим рівнем узагальнення та структурованості, простежуються безсумнівні кореляції між психоаналітичним і клініко-психопатологічним підходами. Отже, ці методи в жодному разі не повинні протиставлятися один одному, а навпаки, лежати в основі нових, інтегрованих діагностично-лікувальних підходів клінічної психіатрії.

Висновки. Отже, виходячи з вищезазначеного, можна зробити такі висновки:

- 1) із психопатологічної точки зору інволюційний психоз відповідає всім ознакам ендореактивного розладу;
- 2) за результатами психоаналітичного дослідження в якості провідного фактора в генезі інволюційного психозу постає преморбідна структура особистості хворої;
- 3) психодинаміку інволюційного психозу можна описати метафорою «зваблення» внутрішнім всемогутнім об'єктом потенційно здорових, але слабких частин Его;
- 4) поєднане використання клініко-психопатологічного та психоаналітичного методів дослідження виявляє всі загальні критерії особистісних розладів та домінування зразків поведінкового реагування, притаманних нарцисичному розладу особистості (згідно з DSM-IV-TR і DSM-5);
- 5) результати експериментально-психологічних методик підтверджують дані, отримані обома клінічними методами дослідження: клініко-психопатологічним та психоаналітичним.

Список літератури:

- American Psychiatric Association (1987). *DSM-III-R Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. 3rd Edition Revised.
- American Psychiatric Association (1994). *DSM-IV Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. Fourth Edition.
- American Psychiatric Association (2000). *DSM-IV-TR Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. Fourth Edition, Text Revision.
- American Psychiatric Association (2013). *DSM-5: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*.
- Argelander H. (2013). The scenic function of the ego and its role in symptom and character formation. *Int J Psychoanal*, 94(2), 337–354.
- Bion, W. (1962). *Learning from Experience*. London (Maresfield).
- Bion, W. (1990). *Lernen durch Erfahrung*. Frankfurt (Suhrkamp).
- Cooper, J.E., & World Health Organization (1994). *Pocket guide to the ICD-10 classification of mental and behavioural disorders: With glossary and diagnostic criteria for research: ICD-10/DCR-10*. American Psychiatric Pub.
- Deley, J, Denniker, P. (1961). *Methodes chimiotherapiques en psychiatrie*. Paris.
- Denniker, P. (1957). *Formes cliniques et diagnostic des psychoses thymiques L'encephale*. T. 46.
- Erikson, E.H. (1968). *Identity youth and crisis*. WW Norton & company.

- Ey, H., Bernard, P., Brisset, C. (1960). *Manuel de psychiatrie*. Paris: Masson.
- Freud, S. (2014). On narcissism: An introduction. Read Books Ltd.
- Jaspers, K. (1997). General psychopathology (Vol. 2). JHU Press.
- Kleist, K. (1925). *Die gegenwaertigen Stroemungen in der Psychiatrie*. Berlin: de Gruyter & Co.
- Kraepelin, E. (1903). Psychiatrie. Ein Lehrbuch für Studierende und Ärzte. *Siebente, vielfach umgearbeitete Auflage. Band I. Allgemeine Psychiatrie*. Barth Verlag, Leipzig.
- Kraepelin, E. (1904). Psychiatrie. Ein Lehrbuch für Studierende und Ärzte. *Siebente, vielfach umgearbeitete Auflage. II. Band [in 2 Teilbänden]. Klinische Psychiatrie*. Barth Verlag, Leipzig.
- Kretschmer, E. (1927). *Der sensitive Beziehungswahn*. Berlin: "Springer".
- Kretschmer, E. (2013). *Physique and Character: An Investigation of the Nature of Constitution and of the Theory*. Routledge.
- Loch, W. (1986). Anmerkungen zur Einführung und Bergung der "Flash" – Technik als Sprechstunden-Psychotherapie. *Perspektiven der Psychoanalyse*. Stuttgart: "Hirzel", 107–113.
- Loch, W. (1999). Die Krankheitslehre der Psychoanalyse. Allgemeine und spezielle psychoanalytische Theorie der Neurosen, Psychosen und psychosomatischen Erkrankungen bei Erwachsenen, Kindern und Jugendlichen, 6, vollständig überarbeitete und erweiterte Auflage, S. Hirzel Verlag, Stuttgart, Leipzig, 431.
- Mahler, M.S. (2018). *The psychological birth of the human infant: Symbiosis and individuation*. Routledge.
- McWilliams, N. (2011). *Psychoanalytic diagnosis: Understanding personality structure in the clinical process*. Guilford Press.
- Medow, W. (1922). Eine Gruppe depressiver Psychosen des Rückbildungsalters mit ungünstiger Prognose. "Arch. Psychiat. Nervenkr", 64, 480–506.
- Mentzos, S. (2000). Neurotische Konfliktverarbeitung. Fischer Taschenbuch Verlag.
- Noyes, A., Kolb, L. (1960). *Modern clinical psychiatry*. Philadelphia & London, W B Saunders & Co.
- Tait, C., Burns, G. (1951). Involutional illnesses. *American Journal of Psychiatry*, 108, 27–36.
- The International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems. 11th revision (ICD-11)* (2013).
- Tyson, P., & Tyson, R.L. (1990). *Psychoanalytic theories of development: An integration*. Yale University Press.
- Steiner, J. (1993). *Psychic Retreats: Pathological Organisations of the Personality in Psychotic, Neurotic, and Borderline Patients*. London & New York: Routledge.
- Van der Kolk, B., Pelcovitz, D., Roth, S., et al. (1996). Dissociation, Somatization, and Affect Dysregulation: The Complexity of Adaptation to Trauma. *Amer. J. Psychiat*, 153, 83–93.
- Winnicott, D. (1979). Objektverwendung und Identifikation. In: *Winnicott, D.W.: Vom Spiel zur Kreativität*. Stuttgart (Klett-Cotta).
- Zajicek, B. (2018). Soviet psychiatry and the origins of the sluggish schizophrenia concept, 1912–1936. *History of the Human Sciences*, 31(2), 88–105.
- Авербух, Е. (1969). *Расстройства психической деятельности в позднем возрасте*. Ленинград: «Медицина».
- Бітенський, В., Пустовойт, М., Бітенський, К. (2005). Деякі міркування про формування невротичних розладів і патологічних розладів особистості. *Вісник психіатрії та психофармакотерапії*, 2(8), 7–13.
- Бітенський, В., Пустовойт, М. (2006). Дефініція травми: проблеми та перспективи. *Вісник психіатрії та психофармакотерапії*, 2(10), 5–6.
- Винник, М.І., Вітенко, І.С., Тодорів, І.В., Пустовойт, М.М., Лановий, В.І., Краснопольська, І.І. (2006). Основи психодинамічної діагностики і психотерапії. Посібник для студентів медичних ВУЗів. Івано-Франківськ: МІСТО НВ.
- Гейер, Т. (1925). К вопросу о пресенильных психозах. *Труды психиатрической клиники*, 1, 131–138.
- Жислин, С. (1975). *Очерки клинической психиатрии*. Москва: «Медицина».
- Підкоритов, В., Чайка, Ю. (2003). *Депресії. Сучасна терапія*. Харків: Торнадо.
- Пустовойт, М.М. (2008). Роль особистісного фактора в генезі інволюційних психозів. *Вісник психіатрії та психофармакотерапії*, 1(13), 45–59.
- Руководство по психиатрии (1983) / под ред. А.В. Снежневского. Т. 1. Москва: Медицина.
- Штернберг, Е. (1965). Проблемы гериатрии в клинике нервных и психических хвороб. Київ.

Анотація. У статті висвітлюються різні підходи до діагностики психічних розладів інволюційного періоду, акцнтуються типові особистісні риси пацієнтів з інволюційними психозами. Автор виклав результати дослідження пацієнтів з інволюційними психозами з використанням клініко-психопатологічного, психодинамічного та психолого-експериментального методів і дав оцінку виявленим закономірностям. Автор наводить докладний аналіз випадку пацієнтки з інволюційним психозом і показує велике значення преморбідної особистісної структури у формуванні клінічної картини та динаміці психічного розладу, що дебютував в інволюційному віці. Шляхом ретельного психодинамічного розбору анамнезу було продемонстровано, що особистісний преморбід пацієнтки відповідав описовим критеріям нарцисичного особистісного розладу. За основними особистісними зразками реагування пацієнтка також відповідає більшості описових критеріїв нарцисичного розладу особистості, як вони подані в DSM-IV-TR і DSM-5, а саме: реагуванням на критику гнівом, почуттям сорому або приниження; схильністю до експлуатування в міжособистісних стосунках; гіпертрофованим почуттям власної значущості; схильністю вважати свої проблеми унікальними та мало кому зрозумілими; фантазіями на тему успіху, влади, багатства, краси чи ідеального кохання; безпідставними очікуваннями особливо доброго ставлення до себе; прагненням уваги та схвалення; нестачею емпатії: нездатністю розуміти та переживати почуття інших; почуттям заздрості до успіхів і досягнень інших людей. Це також підтверджується результатами проведеного клінічного напівструктурованого інтерв'ю особистісних розладів IPDE. Автор підкреслює, що такий інтегративний підхід, котрий об'єднує клініко-психопатологічний і психодинамічний методи, забезпечує більш глибоке та ясне розуміння пацієнтів з інволюційними психозами.

Ключові слова: інволюція, психоз, особистісний розлад, патогенез, нарцисизм.

Abstract. The paper highlights various approaches to the diagnosis of mental disorders of the involutionary period, emphasizes typical personality traits of patients with involutionary psychoses. The author presented the results of the study of patients with involutional psychoses using clinical-psychopathological, psychodynamic and psychological-experimental methods and gave an assessment of the revealed patterns. The author provides a detailed analysis of the case of a patient with involutional psychosis and shows the great importance of the premorbid personality structure in the formation of the clinical picture and dynamics of the mental disorder that debuted at the age of involution. Through a thorough psychodynamic analysis of the history, it was demonstrated that the patient's personality premorbidly met the descriptive criteria of narcissistic personality disorder. According to the main personal patterns of response, the patient also meets most of the descriptive criteria for narcissistic personality disorder as presented in DSM-IV-TR and DSM-5, namely: reacting to criticism with anger, feelings of shame or humiliation; tendency to exploitation in interpersonal relationships; a hypertrophied sense of self-importance; a tendency to consider one's problems unique and understandable to few; fantasies about success, power, wealth, beauty or ideal love; groundless expectations of particularly good treatment of oneself; seeking attention and approval; lack of empathy; inability to understand and experience the feelings of others; a feeling of envy of the successes and achievements of other people. This is also confirmed by the results of the conducted Clinical Semi-Structured Interview of personality disorders IPDE. The author emphasizes that such an integrative approach, which combines clinical-psychopathological and psychodynamic methods, provides a deeper and clearer understanding of patients with involutional psychoses.

Key words: involution, psychosis, personality disorder, pathogenesis, narcissism.

ЕТИЧНІ ТРАНСГРЕСІЇ У ПСИХОАНАЛІТИЧНІЙ ПРАКТИЦІ ПІД ЧАС ВІЙНИ, ЩО ТРИВАЄ

Наталія Наливайко, магістерка з психології,
тренінгова аналітикиня, супервізорка ЄКПП, приватна практика,
Дивізіон «Психоаналітична психологія і психотерапія» Національної психологічної асоціації, м. Київ, Україна

ETHICAL TRANSGRESSIONS IN PSYCHOANALYTIC PRACTICE DURING THE ONGOING WAR

Natalia Nalyvaiko, MPs,
Training analyst, Supervisor of ECPP, Private Practice,
Psychoanalytic Psychology and Psychotherapy Division of the National Psychological Association, Kyiv, Ukraine
<https://orcid.org/0000-0001-7427-3157>
natalia.nalyvaiko@gmail.com

Вступ. Серед викликів, які поставила перед українськими психоаналітиками загарбницька війна Росії проти України, чи не найбільшим став виклик до меж і можливостей психоаналітичної практики та її здатності вписатися в традиційні кордони професійної етики мирного часу. У статті я досліджую цю проблему в актуальній реальності війни, що триває, а також на теоретичних висновках відомих психоаналітиків, що практикували психоаналіз під час буремних подій в інших країнах.

Аналіз останніх досліджень і публікацій. Тема етики в психоаналізі достатньо широко описана у фаховій літературі. Починаючи від праць Фрейда з техніки психоаналізу (Freud, 1912; Freud, 1913; Freud, 1915; Freud, 1924), де ним закладені засади етики психоаналітичних стосунків, далі розвинуті Лаканом (2006), і до сучасних психоаналітичних студій (наприклад, Akhtar, 2018), етичні питання залишаються в центрі уваги психоаналітиків. Особливо багато місця приділено концептам нейтральності та абстинентності як обов'язковим складовим психоаналітичного процесу (Meissner, 1998). Не слід плутати нейтральність і абстиненцію; їх можна і потрібно розрізняти (Poland, 1984). «Нейтральність можна визначити як «одну з провідних характеристик ставлення аналітика під час лікування. Аналітик повинен бути нейтральним щодо релігійних, етичних і соціальних цінностей... нарешті, він повинен бути нейтральним щодо дискурсу пацієнта» (Laplanche & Pontalis, 1967, p. 271). Абстиненція має дещо іншу якість, оскільки вона більш безпосередньо стосується поведінки аналітика, а іноді й аналізованого.

Абстиненція більше відноситься до того, що суб'єкт робить або не робить, тоді як нейтральність має більший стосунок до того, що суб'єкт думає, відчуває та оцінює (Meissner, 1998). С. Ахтар зауважує, що в нормальних умовах зміни в психоаналітичній рамці можуть з'являтися, але вони скоріше атипові та незвичайні (Akhtar, 2018). Щодо практики психоаналізу під час війни, тобто умов ненормальних, то такі зміни неминучі аж до повного зникнення меж сетингу. Марія-Тереза Хаїр Бадаві в статті «Бути, мислити, творити: коли війна атакує сетинг, а перенесення контратакує» вказує, що в час війни, коли деструктивність повсюди, і ми постійно стикаємося з невизначеністю, уже не йдеться про дотримання сетингу (Badawi, 2011).

Про зв'язок війни з психоаналізом писав М. Шапіра у «Війна всередині: психоаналіз, тотальна війна та становлення демократичного «Я» у післявоєнній Британії». Шапіра простежує спільну еволюцію психоаналізу та ідей про дитинство, тривогу й демократичну самосвідомість під час війни. Особливий інтерес для Шапіри становить психоаналітичне твердження про те, що зовнішні реалії війни були також пережиті внутрішньо та психологічно британськими громадянами – феномен, який автор називає «війною всередині» (Shapira, 2013).

Вілфред Біон у статті ««Війна нервів»: реакції цивільного населення, мораль і профілактика» пише про гру-

пові процеси під час війни, зауважуючи серед іншого, що війна – «війна нервів», і це атака, спрямована особисто на людину; якщо людина зможе відмежуватися від масового руху нації в стані війни, вона може уникнути деяких її наслідків (Bion, 1940). Що ж стосується етики психоаналізу в часи воєн, то література з цього приводу не багата. Мені вдалося знайти тільки декілька доробок на цю тему. А саме – доповідь Абігелі Голомб «Як практикувати психоаналітичну психотерапію в періоди соціальної несправедливості», яку вона зробила в Києві на 8-й Східноєвропейській психоаналітичній конференції ще у 2000 році, книга Ганні Сігел «Тероризм і війна. Несвідома динаміка політичного насильства» (Segal, 2002) та стаття Сержіо Бенвенуто в часописі «Європейський журнал психоаналізу» «Психоаналіз на війні. Дебати з російськими колегами» (Benvenuto, 2022). Усі названі автори заперечують можливість дотримання нейтральності в психоаналітичній роботі під час воєн та інших військових конфліктів, не спростовуючи при цьому етики. На їхню думку, саме відхилення від абстиненції під час загарбницьких воєн і є проявом етики.

До найновіших, ще не опублікованих матеріалів на цю тематику відносяться нещодавні виступи українських колег-психоаналітиків на національних та міжнародних конференціях, що стосувалися практики психоаналізу під час війни. Наприклад, спільний симпозіум Української спілки психотерапевтів (УСП) та Європейської асоціації психотерапії (ЕАП), присвячений річниці повномасштабного російського вторгнення «Етичні виклики для психотерапевтів у світі, що змінюється», що пройшов у лютому 2023 року, і конференція «Етичні виклики в психоаналітичній психотерапії під час війни», організована Дивізіоном «Психоаналітична психологія і психотерапія» Національної психологічної асоціації (НПА) у квітні 2023.

Мета статті – висвітлити та проаналізувати етичні виклики, з якими зіткнулися українські психоаналітики в практиці під час війни; дослідити вплив війни на зміну етичних критеріїв у практиці психоаналізу, особливо в частині дотримання нейтральності.

Виклад основного матеріалу. Етика в психоаналітичній практиці. Повномасштабне російське вторгнення в Україну в лютому 2022 року, справивши величезний вплив на всі ланки життя, залишило відбиток і на психоаналітичній практиці. Піддалися змінам звичайні традиційні психоаналітичні правила та особливо – підходи до психоаналітичної етики. За визначенням Енциклопедії сучасної України, етика (лат. *ethica*, від грец. *ἠθος* – звичай, вдача, характер) – філософська наука, об'єктом дослідження якої є мораль, моральність; система моральних норм і цінностей, властива певній спільноті, соціальній, професійній або іншій групі людей.

Етика, за влучним визначенням однієї з моїх аналізованих, це – безпека. Етика як ціле включає професійну етику

як частину. Нам відомо, що «професійна етика – це кодекс правил, що визначає певний тип моральних взаємин між людьми й способи обґрунтування даних кодексів у професійному середовищі, встановленні меж бажаного, дозволеного і неприпустимого... в конкретній сфері професійної діяльності» (сайт «Професійна етика»).

Психоаналіз як професія також покладається на етику. Етика психоаналізу спирається на принципи, що відображають гуманітарні цінності, психоаналітичні принципи та професійні зобов'язання перед пацієнтами та громадськістю, тобто правила або межі. Ось як це прописано в Кодексі етики та професійної практики Європейської Конфедерації Психоаналітичних Психотерапій: «Психоаналітичні психотерапевти поважають честь і гідність особи і прагнуть до захисту основних прав людини. Вони намагаються підвищувати рівень своїх знань про людську поведінку, розуміння самих себе та інших, і використовувати ці знання на благо людей». Серед етичних принципів, яких дотримуються психоаналітичні психотерапевти, – благополуччя клієнта, моральні та юридичні стандарти, конфіденційність (Кодекс Етики та Професійної Практики СКПП, 2009).

Саме Фройд (Freud, 1912; Freud, 1913; Freud, 1915; Freud, 1924) у своїх роботах із техніки виклав умови етичних рамок, меж психоаналітичної сесії, а саме:

- віддавайте пацієнту певну годину свого доступного робочого дня та вимагайте за неї плати незалежно від того, використовує її пацієнт чи ні;
- укладіть пацієнта на кушетку, а самі вмотіться в кріслі позаду пацієнта й поза полем його зору;
- проінструкуйте пацієнта дотримуватися основного правила: виражати словами все, що прийде йому в голову, без відбору чи застережень;
- віддайтеся слуханню з «рівномірно розподіленою увагою»;
- уникайте надання пацієнту будь-якої особистої інформації про себе та своє життя;
- дотримуйтеся абстиненції.

Крім цього, додає Р. Янг у статті «Аналітична рамка, абстинентність та відігрування» (Young, 1998), є інші умови, які залишилися неявними в цій пораді:

- щоб пацієнт приходив щодня в одне й те саме місце;
- що це призначений для цього кабінет;
- що він відповідним чином мебльований, приватний і тихий;
- що в кабінеті більше нікого немає.

Р. Янг зазначає: «Це має бути досить безпечне місце для проведення психотерапевтичної роботи, місце, де пацієнт може дозволити говорити про речі, які є надто болючими, табуйованими чи соромними, щоб говорити про них деінде... рамка повинна зробити аналітичний простір, який вона обмежує, придатним місцем для аналітичної роботи. Має бути тихо. Ніяких перешкод, телефонних дзвінків, відповіді на дзвінок. На ньому не повинно бути дуже особистих фотографій чи інших сувенірів, які розкривають особисті справи чи стосунки. Воно повинно, наскільки це можливо, залишатися незмінним. У цьому сенсі воно включає основні правила, неявні та явні, аналітичних стосунків, базова основа, звичаї та практики, які склалися протягом історії психоаналізу та психотерапії. Їх загальна мета полягає в мінімізації невизначеності та двозначності (Young, 1988).

Ці обмеження гарантують створення аналітичного простору, де психоаналіз може в повній безпеці віддатися виконанню своєї основної місії: пошукам істини суб'єкта. І де легко може реалізуватися основна ідея етики – ідея легкого вияву суб'єкта. «Психоаналіз – це, передусім, особлива етична позиція, яка полягає у визнанні радикальної іншості іншого, підтримці суб'єкта в його унікальності та неповторності. І роль аналітика полягає в пошуку істини суб'єкта, визнанні його бажання», – йдеться в Маніфесті Української Асоціації Психоаналізу (сайт УАП).

Мадридська психоаналітичниця К. Бекеланд (Baekeland, 2014) пише: «Психоаналітична етика також керується абсолютною повагою до індивідуальності кожної людини та відмовляється від будь-якої форми впливу чи критики цінностей аналізованого, релігійних переконань, політичних ідей, особистої філософії, сексуальних уподобань тощо. Відповідно психоаналітики не висловлюють жодних особистих думок на ці та подібні теми».

А. Голомб говорить, що оскільки і пацієнт, і терапевт мають власні ідентифікації та ідеології, у «нормальний» час терапії вдається абстрагуватися від своїх політичних поглядів, соціальних і моральних понять, щоб ставитися до поглядів пацієнта нейтрально і без осуду (Голомб, 2000). «У мирний час психоаналіз розгортається між двома людьми в ізольованій кімнаті, при тісному контакті, і пов'язаний із внутрішнім світом пацієнта, вільним та віддаленим від зовнішньої реальності», – пише авторка (Голомб, 2000). У таких аналітичних умовах зовнішня реальність розглядається, як настирливий і небажаний вплив на вільні асоціації, навіть якщо аналіз завжди визнає реальні загрози, конфлікти та переслідування зовнішніх світів. Однак усередині аналітичного простору ці зовнішні події чи досвід переносяться у святиню аналітичного простору через розмову, фантазії, почуття та асоціативні процеси. Ці межі, встановлені для підтримки психоаналітичної етики, дозволяють досліджувати загрози й переслідування та їхні значення у внутрішніх світах аналізованого. «Цей процес також зачіпає і внутрішній світ аналітика, залежить від його «внутрішніх почуттів», його емпатії, потягів та знання про власний внутрішній світ» (Голомб, 2000). Зовнішня реальність для них обох має значення тією мірою, у якій вона допомагає пошуку істини суб'єкта, що є визнаною правильною етичною позицією психоаналізу.

Етика і психоаналітична практика під час війни.

Повномасштабне вторгнення все змінило. Чи можливе звернення до внутрішнього світу, коли навколишній світ охоплено пожежею?

Першим і для мене дуже важливим пунктом зміни психоаналітичної парадигми на початку війни, що викликав зсув у етичних межах, стало те, що психоаналітик і аналізований опинилися в одній спільній катастрофічній зовнішній реальності. Багато з них пережили і продовжують переживати травматичні події: окупацію, обстріли, ракетні удари, розлуку з сім'єю, деякі з них – матері чи дружини учасників бойових дій, які воюють на передовій, деякі – навіть удови чи матері, які втратили на війні своїх синів. Уже в перші дні та місяці війни можливість дотримання ідей Фрейда про психоаналітичні простори та терапевтичні межі зазнала краху. Уже у квітні 2022 року у «воєнному» коментарі до звітної статті про конференцію 2021 року ми писали: «Що стосується клінічної практики та її рефлексії, важко залишатися водночас рефлексивним і «без пам'яті чи бажання» (Bion, 1967), коли хтось піддається вторгненню» (Velykodna et al., 2022).

Нічого з того, що раніше було описане як психоаналітична рамка, не залишилося: більше не було фіксованих робочих годин, не було ідентифікованих аналітичних приміщень, не було аналітичних кушеток і аналітичних крісел, не було плати за сеанси. Часто ми не мали доступу до екранів комп'ютерів чи Інтернету – це була лише телефонна лінія. Не було місця для вільних асоціацій чи розподіленого, уважного слухання. Не було конфіденційності: аналітики та аналізовані, пов'язані один з одним, відсиджували напади в бомбосховищах, часто оточені натовпами людей. Більше не було нейтральності чи навіть спроб обмежити саморозкриття. Спілкування між аналітиками та аналізованими включало: «Я живий. Я в безпеці. Я під ракетним обстрілом. Я в шоці. Я сумую. Я втратив будинок чи офіс...». Сеанси переривали повітряні сирени з супроводом ракетних обстрілів або незаплановані відключення світла. Нічого не було певним. Кордонів не залишилося. Втім, «в ці дні стало очевидним, що українські психоаналітики відкриті до вивчення та використання інших підходів і методів, які довели свою ефективність

у роботі з актуальною травмою, спричиненою катастрофами та війною, наприклад, як надання першої психологічної допомоги» (Velykodna et al., 2022).

Я замислююся, чи була психоаналітична етика поставленою під сумнів у цій новій реальності? Таким чином, якщо психоаналіз є етикою, чи він також ставився під сумнів, якщо всі правила були порушені? «Чи було етичним, – запитує на супервізії молода аналітикиня, – що я, під час відключень, коли в нас почалася сесія телефоном, слухала аналізовану та одночасно варила суп, бо тоді якраз дали світло, а в нас електрична плита? Але я її слухала». Чи було це етичним? І що означає «слухати аналітично» під звуки пострілів або сигнал тривоги? Що означає «слухати аналітично» в бомбосховищі? Що ти чуєш, коли власна безпека під загрозою? Етично слухати чи етично не слухати, взявши до уваги те, що етика – це безпека, як повідомила нам на початку сесії моя аналізована.

З якого місця ми слухаємо, якщо наш візаві щойно втратив родину та кричить про допомогу? Як вибудувати етичну позицію, якщо мати на увазі, що психоаналіз сповідує етику нейтральності та утримується від допомоги втручанням, залишаючи за собою вільні асоціації в пошуку істини суб'єкта? Яке тут місце психоаналізу у війні, що триває?

Етичні трансгресії. Тут ми наближаємося до феномена трансгресії, на що також вказує і М.–Т. Бадаві (Badawi, 2011). Нагадаю, що за словником «трансгресія – термін неklasичної філософії, фіксує феномен переходу непрохідної межі, перш за все – межі між можливим і неможливим. Буквально означає «вихід за межі» (Ковалів, 2007). Про які межі нам ідеться? Ймовірно, про межі психоаналітичної етики. Професор Аве Кашер на лекції з професійної етики психотерапевта під час війни говорить, що питання етики виникає в місцях зіткнення, сумніву або конфлікту. У першу чергу в контексті війни актуалізується проблема співвідношення професійної етики та загальнолюдської моралі.

У цій війні аналітик і аналізований порушують межі аналітичних рамок, етика переходить межі того, що сприймається як звичайна аналітична практика. З мого досвіду, цей відхід від принципів нейтралітету був одним із найскладніших аспектів адаптації до війни. Безумовно, психоаналіз, зазвичай, прагне звільнити простір для розмаїття та різноманіття у світогляді, перспективах, цінностях і віруваннях аналізованих і аналітиків. У «нормальні» невоєнні часи аналітики, як відомо, утримуються від декларування будь-яких своїх поглядів. У професії ми схильні наголошувати на забороні аналітиків сперечатися, пропагувати або моралізувати різноманітні позиції та світогляди, яких дотримуються їхні аналізовані.

Однак, екзистенційні ризики, які принесла війна, створили нові реалії, поставили нові виклики та принесли нові правила. У цих обставинах етична позиція зазнала еволюції. В умовах величезних втрат, фізичних, матеріальних, моральних дослідження несвідомого та пошук істини суб'єкта замінилися пошуком сенсів і цінностей, які могли б утримати суб'єкта від повного розвалу. Абстинентність стала чимось таким, що загрожувало. Етика, яка покликана для створення безпеки, вимагала саморозкриття та переходу від нейтральності до проголошення вираженої етичної позиції.

Етична настанова про те, що межі психоаналізу повинні бути захищеними від психотерапевтичних теорій, що базуються на психоаналітичній думці, і що етика психоаналізу не приймає бік добра і зла, і що бажанням аналітика не може бути бажання допомогти, вилікувати тощо, зазнала поразки та була деактуалізована. Відбулась трансгресія: психоаналітики вийшли за межі етики мирного часу та звернулися до категорій, якими раніше ніколи не оперували: зло і добро. Вони мусили впустити в психоаналіз інші методи або відкласти його на потім.

Основні ролі, які з'явилися в цей час, такі: той, хто допомагає, і той, кому допомагають: «рятівник» та «врятований», хоча через стирання меж ці ролі часом плута-

лися. Для деяких аналітиків роль «рятівника» стала під час війни важливим елементом їхньої ідентичності. Вони стали справжніми рятівниками, не лише вислуховуючи аналізованого, радше – пацієнта, а й часто докладаючи до нього певний внесок. «Деякі психоаналітики також працювали, як волонтери, наприклад, забезпечуючи військово-вслужбовців і громадян харчуванням або інформуючи населення про хід евакуації та місця укриття. Багатьом іншим довелося призупинити спільну діяльність і рятувати себе та своїх дітей у деінде, щоб пережити ракетні атаки» (Velykodna et al, 2022).

Гнучкий графік сеансів став не просто робочим моментом, а й засобом вираження теплого ставлення до пацієнта, показником турботи аналітика про нього. У процесі взаємного контролю, у багатьох групових дискусіях ми, як аналітики, мали допомагати самим собі в усвідомленні та активному впливі на цю ситуацію. Багато аналітиків висловлювали «материнську» позицію, прагнучи покращити фізичний, а не лише психоемоційний стан пацієнтів.

Деякі бачили в цьому своє місце у війні, актуальну допомогу іншим, вихід частини власної фрустрації. Найбільш частою, можливо, єдиною, етичною позицією, принаймні в першій половині війни, стала позиція «аналітик-матір»: піклування про іншого. Ця фраза «Як ти/ви? Ви в безпеці?», цей новий спосіб роботи психоаналізу, етика «турботи про іншого» стала провідною.

Під час масової травматичної події, якою є війна, пише В. Волкан (Volkan, 2002), психоаналітик, як і аналізований, як особистість відображає травму своєї великої групи, проживаючи дуже сильні, часом такі, що не піддавалися контролю, контрпереносні почуття, руйнуючи міф про неупередженого аналітика. Аналітик не в змозі залишатися закритою, абстинентною фігурою.

Абігейл Голомб у своїй доповіді «Суспільство в небезпеці: рухливість і жорсткість діадичних кордонів», яку вона робила в Києві в далекому 2000 році на психоаналітичній конференції «Як правильно практикувати психоаналітичну терапію в періоди соціальної нестабільності», говорила: «У ситуаціях нестабільності практично неможливо утримувати аналітичну позицію, усі емоції виходять назовні, особливо агресивні. У такі моменти неможливо (неприродно) звертатися спокійно, об'єктивно та знеособлено до пацієнта, який захоплюється катом або з гордістю розповідає, як він вбивав беззахисних полонених, або розмалює у всіх деталях свою ненависть чи расистські переконання. Він може торкатися ідей, які поділяє терапевт, але бути подавленим, і в цьому випадку терапевт не може дивитися в очі власному «я». Пацієнт може зачепити яку-небудь актуальну подію або особисту трагедію, тільки що пережиту аналітиком, і тут потік агресії, фантазій помсти й ненависті може паралізувати лікування. Або ж терапевт може бути збентеженим відсутністю кордонів між уявною та реальною агресією – і не зможе працювати в будь-якому сетингу, що стимулює агресію» (Голомб, 2000).

Аналізовані часто відкрито вимагали від своїх аналітиків прямої заяви про свою політичну позицію і навпаки. Тому нам довелося припинити зв'язки з російськими психоаналітичними спільнотами, оскільки вони не виступали проти війни, а в багатьох випадках навіть підтримували її. Так, «Дивізіоном “Психоаналітична психологія та психотерапія”» як ланкою Національної психологічної асоціації України призупинено будь-які форми співпраці з російськими психологами й психотерапевтами та їх об'єднаннями, незалежно від їхньої громадянської позиції та політичних переконань, до закінчення війни. Відновлення співпраці по закінченню війни можливе лише за регламентом, схваленим членами Дивізіону, та за умови зміни відповідного законодавства в Україні» (Великодна та ін., 2023).

Італійський психоаналітик Сержіо Бенвенуто, який супервізував колишніх російських колег близько 20 років, припинив співпрацю з ними після розмови, яка виявила, що вони не засуджують вторгнення в Україну. Через кілька днів після цих дебатів у березні 2022 року у своїй публікації під назвою «Психоаналіз на війні: дебати з російськими коле-

гами» Сержіо Бенвенуто написав: «Психоаналіз роблять не на Місяці, а на Землі. Психоаналітик також є громадянином і живе в тому ж суспільстві, що й його аналізовані. Більше того, я переконаний – услід за Лаканом – що психоаналіз не є нейтральною технікою лікування, а базується на етичному підході до суб'єктивності. Психоаналіз – це перш за все етичне лікування, і в цьому сенсі він має політичний вимір. Тому я думаю, що деякі політичні варіанти несумісні з психоаналізом – фашизм і расизм, наприклад» (Бенвенуто, 2022).

Як стверджує Ганна Сігел (2002), у таких ситуаціях мовчання стає «справжнім злочином»: «Психоаналіз добре знайомий із порочними колами ненависті та страху. Це вчить психоаналітиків, що в індивідуумі деструктивні та самодеструктивні потяги можуть бути змінені лише тоді, коли індивід може отримати певне розуміння своїх мотивів і візуалізувати наслідки своїх дій для інших і для себе самого» (Segal, 2002).

На мою думку, психоаналітик несе відповідальність за те, щоб пояснювати людям процеси, які відбуваються навкруги. У протилежному випадку він чи вона або втрачає себе в цих умовах, або змушений іти геть, або перетворюється на партнера тоталітарного режиму. Наш обов'язок – «промовляти голосно і не стояти мовчки перед обличчям гноблення, тортур та інших форм насильства», як зазначав у 1981 році Жак Дерріда у своїй лекції «Геопсихоаналіз: ...і решта світу» (Derrida, 1995). Інакше ми втрачимо право називатися психоаналітиками, як це трапилося, наприклад, в Аргентині, коли Міжнародна психоаналітична асоціація відмовилася засудити практику тортур, застосовану аргентинською владою наприкінці 1970-х років. МПА стверджувала, що з огляду на безліч порушень прав людини, які відбуваються в усьому світі, засуджувати лише ті, що відбуваються в Аргентині, було б необачно. Тому організація обрала загальну критику порушень прав людини, які відбуваються по всьому світу або, за її словами, у «певних географічних регіонах» (Levinson, 2005).

Багато в чому погоджуючись із відомою фразою, яка приписується Данте Алігері, про те, що найгарячіші місця в пеклі залишаються для тих, хто в час найбільших моральних викликів зберігав нейтральність (Ingallinella, 2020), я все ж хотіла б припустити, що в той момент, коли психоаналітична етика зустрічається з політикою, вибір психоаналітика стає дуже обмеженим: єдиним орієнтиром (у виборі громадянської позиції) стає Декларація прав людини.

Психоаналіз красивий, часом він відкриває потворні речі, але на загал він – «біла кістка» психологічних наук та філософії. Він пишається своєю етикою та повагою до Іншого. Але зараз ми практикуємо його в самих нетрях чудовиська – війни, що триває. Тому навряд чи психоаналізу вдасться зберегти свою красу недоторканою. Він буде мати плями, заплати, нарости, дірки, але, впевнена, він вийде збагачений із цієї вимушеної взаємодії з чудовиськом, яку йому нав'язали.

Висновки. Повномасштабне російське вторгнення поставило перед українськими психоаналітиками багато професійних викликів, змінивши усталені стандарти практики, у тому числі – підхід до етики. В умовах нової реальності етична позиція зазнала еволюції. Нейтральність стала чимось таким, що загрожувало. Відбулась трансгресія: психоаналітики вийшли за межі етики мирного часу і звернулись до категорій, якими раніше ніколи не оперували: основною етичною парадигмою стала позиція піклування – «аналітик-мати». Нові етичні виміри, більше залучивши аналітика в діалог і взаємодію з аналізованим, «гуманізували» психоаналіз, зробили його відкритим. Етика, яка покликана для створення безпеки, вимагала саморозкриття та переходу від нейтральності до проголошення вираженої етичної позиції. Українські психоаналітичні спільноти припинили професійні зв'язки з російськими психоаналітичними групами через їхню толерантність до війни, бо ж мовчання під час війни є, за словами Ганни Сігел (Segal, 2002), «справжнім злочином».

Список літератури:

- Akhtar, S. (2018). *Unusual interventions: Alterations of the frame, method, and relationship in psychotherapy and psychoanalysis*.
- Badawi, M.-T. (2011). To be, to think, to create: when war attacks setting and transference counterattacks. *The International Journal of Psychoanalysis*, 92(2), 401–409.
- Baekeland, C. (2014). *The ethics of psychoanalysis*. Retrieved from: <https://www.consultabaekeland.com/p/en/psychoanalyst-madrid-blog/the-ethics-of-psychoanalysis.php>
- Benvenuto, S. (2022). Psychoanalysis in the War. A debate with Russian colleagues. *European Journal of Psychoanalysis*. Issue "Lights Ablaze from Ukraine and Russia". <http://www.journal-psychoanalysis.eu/articles/psychoanalysis-in-the-war-a-debate-with-russian-colleagues/>
- Bion, W.R. (1967). Notes on memory and desire. *Psychoanalytic Forum*, 271–280.
- Bion, W. (2014). The "war of nerves": civilian reactions, morale and prophylaxis. In *The Complete Works of W. R. Bion*. Ed. by C. Mowson. Vol. IV, 1–22.
- Blejer, J. (1967). Psychoanalysis of the Psycho-analytic Frame, *International Journal of Psycho-analysis*, 48, 511–519.
- Derrida, J. (1995). Geops psychoanalysis: '...and the rest of the world'. *New Formations*, 26.
- Gabbard & Lester (1995). *Boundaries and Boundary Violations in Psychoanalysis*.
- Freud, S. (1900). The interpretation of dreams. *Standard Edition*, 4/5.
- Freud, S. (1909a). Notes upon a case of obsessional neurosis. *Standard Edition*, 10, 155–318.
- Freud, S. (1912a). The dynamics of transference. In *Collected Papers*, 2, 312–322. New York: Basic Books.
- Freud, S. (1912b). The employment of dream-interpretation in psycho-analysis. In *Collected Papers*, 2, 305–311. New York: Basic Books.
- Freud, S. (1912c). Recommendations for physicians on the psycho-analytic method of treatment. In *Collected Papers*, 2, 323–333. New York: Basic Books.
- Freud, S. (1913). Further recommendations in the technique of psycho-analysis: On beginning the treatment. The question of the first communications. The dynamics of the cure. In *Collected Papers*, 2, 342–365. New York: Basic Books.
- Freud, S. (1914). Further recommendations in the technique of psychoanalysis: Recollection, repetition, and working through. In *Collected Papers*, 2, 366–376. New York: Basic Books.
- Freud, S. (1915). Further recommendations in the technique of psychoanalysis: Observations on transference-love. In *Collected Papers*, 2, 377–391. New York: Basic Books.
- Freud, S. (1923). Remarks upon the theory and practice of dream-interpretation. In *Collected Papers*, 5, 136–149. New York: Basic Books.
- Freud, S. (1937a). Analysis terminable and interminable. In *Collected Papers*, 5, 316–357. New York: Basic Books.
- Freud, S. (1937b). Constructions in analysis. In *Collected Papers*, 5, 358–371. New York: Basic Books.
- Ingallinella, L. (2020). The Hottest Place in Hell: Neutrality and the Politicization of Dante in the United States. Personal Website. <https://lauraingallinella.org/2020/06/08/hottest-place-in-hell-dante-neutrality/>
- Lacan, J. (2013). *The ethics of psychoanalysis 1959-1960: The seminar of Jacques Lacan*. Routledge.

- Laplanche, J., & Pontalis, J.-B. (1973). *The Language of Psycho-Analysis*, transl. D. Nicholson-Smith. New York: Norton.
- Levinson, B. (2005). Dictatorship, Human Rights, and Psychoanalysis in Derrida's Argentina: One Discourse or Three? *From the book Market and Thought. Meditations on the Political and Biopolitical*. Fordham University Press, New York, USA. <https://doi.org/10.1515/9780823292134>
- Meissner, W.W. (1998). Neutrality, Abstinence and the Therapeutic Alliance. *JAPA*, 46(4), 1089–1128. <https://doi.org/10.1177/00030651980460040901>
- Poland, W.S. (1984). On the analyst's neutrality. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 32, 283–299.
- Segal, H. (2002). *Terrorism and war: Unconscious Dynamics of Political Violence*.
- Shapira, M. (2013). *The War Inside: Psychoanalysis, Total War, and the Making of the Democratic Self in Postwar Britain*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Velykodna, M., Dorozhkin, V., Nalyvaiko, N., Yevlanova, E. & Lunov, V. (2022). Life and death of psychoanalytic societies – Lessons from history and new prospects for unions: Conference Report, Kyiv, Ukraine. *Psychodynamic Practice*, 3. <http://doi.org/10.1080/14753634.2022.2064351>
- Volkman, V. (1991). *Mass Traumas, their Societal and Political Consequences and Collective Healing*.
- Volkman, V. (1991). On "Chosen Trauma." *Mind and Human Interaction*, 3, 13.
- Young, R.M. (1998). The analytic frame, abstinence, and acting out. Retrieved from: <http://human-nature.com/rmyoung/papers/pap110.html>
- Великодна, М., Аршевська-Герен, О., Давоян, С., Дорожкін, В., Манзар, В., Монахова, Н., Христенко, О. (2023). Резолюція щодо врегулювання відносин з російськими психологами та психотерапевтами на час війни Росії проти України. *Український психоаналітичний журнал*, 1, 66–68. <https://doi.org/10.32782/upj/2023-1-11>
- Голомб, А. (2000). Суспільство в небезпеці: рухливості і жорсткості діадних кордонів. *Як практикувати психоаналітичну терапію в періоди соціальної нестабільності*. 8-ма Східно-Європейська психоаналітична конференція (Київ, 28 квітня – 1 травня).
- Енциклопедія сучасної України. Том 9. Електронний ресурс: <https://esu.com.ua/article-18041>
- Ковалів, Ю.І. (2007). Трансгресія. Літературознавча енциклопедія. Т. 2. Київ: ВЦ «Академія».
- Кодекс Етики та Професійної Практики ЄКПП (2009). <https://ucpp.org/dlya-spetsialistiv/ucpp/documentation/4-ethical-principles>
- Маніфест Української Асоціації Психоаналізу. [Електронний ресурс]. <http://pa-uap.org/ua/pro-nas/>
- Професійна етика. [Електронний ресурс]. <http://pe.ptngu.com/01.html>.

Анотація. Стаття присвячена впливу загарбницької війни в Україні на психоаналітичну етику, висвітлює та аналізує зміну етичних критеріїв у практиці психоаналізу, особливо в частині дотримання нейтральності. Етичні настанови, вперше заявлені Фройдом у його роботах з техніки, є панівними в психоаналізі та чинними для мирного часу вже впродовж століття. Вони гарантують створення аналітичного простору, де психоаналіз розгортається між двома людьми в ізольованій від зовнішньої реальності кімнаті та може в повній безпеці виконати свою основну місію – неупередженому пошуку істини суб'єкта, і де нейтральність психоаналітика є основою успішного перебігу аналізу. Із початком повномасштабного вторгнення психоаналітична рамка зазнала значних ушкоджень. Психоаналітик і аналізований опинилися в одній катастрофічній реальності, у якій дотримання Фройдівих настанов стало неможливим. Екзистенційні ризики, які принесла війна, спонукали еволюціонувати етичну позицію. Нейтральність стала елементом небезпеки. Етика, яка покликана для створення безпеки, вимагала саморозкриття та переходу від нейтральності до проголошення вираженої етичної позиції щодо ставлення до війни. Відбулася трансгресія: психоаналітики вийшли за межі етики мирного часу: відмовившись від позиції нейтральності, вони радше приймали роль «рятівника», «аналітика-матері». Цей новий спосіб роботи психоаналізу – етика «турботи про іншого» – став провідним особливо на перших етапах війни. Зміна етичної парадигми також спричинила розрив стосунків із російськими психоаналітичними спільнотами через їхню політику невтручання або навіть підтримку війни. Резолюція з цього приводу була ухвалена і Дивізіоном «Психоаналітична психологія та психотерапія» НПА України. Таким чином, психоаналітична етика під час загарбницької війни росії проти України, змінивши свою тактичну позицію, залишилася вірною своєму основному орієнтиру – свободі суб'єкта.

Ключові слова: психоаналіз, етика, трансгресія, нейтральність, українські психоаналітики.

Abstract. The article is devoted to the influence of the war of aggression in Ukraine on psychoanalytic ethics, highlights and analyzes the change of ethical criteria in the practice of psychoanalysis, especially in terms of maintaining neutrality. Ethical guidelines, first stated by Freud in his works on technique, are dominant in psychoanalysis and have been valid for peacetime for over a century. They guarantee the creation of an analytical space where psychoanalysis unfolds between two people in an isolated from external reality room, and can safely perform its main mission – impartially the subject's search for truth. And where the neutrality of the psychoanalyst is the basis of success in the course of the analysis. With the beginning of a full-scale invasion, the psychoanalytic frame suffered significant damage. The psychoanalyst and the analysands ended up in a shared catastrophic reality in which adherence to Freud's instructions became impossible. The existential risks that the war brought prompted the evolution of an ethical position. Neutrality has become an element of danger. Ethics, which was designed to create security, required self-disclosure and transition from neutrality to the declaration of a pronounced ethical position regarding attitude to war. A transgression has occurred: psychoanalysts have gone beyond the limits of peacetime ethics: abandoning the position of neutrality, they prefer to assume the role of "savior", "analyst-mother". This new way of psychoanalytical work – the ethics of "caring for others" – became the leading, especially in the first stages of the war. A shift in the ethical paradigm also caused a rift in relations with Russian psychoanalytic communities through their politics of so-called neutrality or even support for war. There was a Resolution on this matter adopted by the Division "Psychoanalytic Psychology and Psychotherapy" of the NPA of Ukraine. Thus, psychoanalytic ethics during Russia's war of aggression against Ukraine, having changed its tactical position, it remained true to its the main reference point is the freedom of the subject.

Key words: psychoanalysis, ethics, transgression, neutrality, Ukrainian psychoanalysts.

МЕХАНІЗМИ ПСИХІЧНОГО ЗАХИСТУ У ФОРМУВАННІ ТІЛЕСНОГО Я ПІДЛІТКІВ ЗІ СКОЛІОЗОМ: ПСИХОАНАЛІТИЧНІ РЕФЛЕКСІЇ ДО ЕМПІРИЧНОГО ДОСЛІДЖЕННЯ

Владислав Депутатов, асистент кафедри психології,
Державний університет економіки та технологій, м. Кривий Ріг, Дніпропетровська обл., Україна

MECHANISMS OF DEFENSE IN FORMATION OF THE BODILY EGO OF ADOLESCENTS WITH SCOLIOSIS: PSYCHOANALYTIC REFLECTIONS TO THE EMPIRICAL RESEARCH

Vladyslav Deputatov, Assistant at the Department of Psychology,
State University of Economics and Technology, Kryvyi Rih, Dnipropetrovsk region, Ukraine
<https://orcid.org/0000-0003-1727-0472>
30.mm.bb@gmail.com

Вступ. У віковій психології підлітковий вік є кризовим періодом, коли особистість виходить на новий рівень свого розвитку (Токарева, Шамне & Макаренко, 2014). Згідно з психоаналітичною теорією, саме в цей час остаточно формується психічна структура (Lesourd, 2013). У цей період розвитку у зв'язку з «пробудженням» тіла в час пубертату заново актуалізуються питання, пов'язані з освоєнням власного тілесного досвіду та його потягів, що потребує опрацювання та привласнення з боку Я, якому доводиться перевірити вже наявні чи розробити нові механізми захисту від цього натиску (Ouvry, 2006). Внаслідок цього психічне функціонування вийде на новий, більш зрілий рівень і зможе інтегрувати дозрілу та інтенсивну психосексуальність дорослого тіла, вписавши її в контекст культурного та соціального середовища, а також обрати об'єкт для своїх потягів (Великодна, Еделева, 2020а). У ході цього процесу Я суб'єкта користується різноманітним арсеналом несвідомих механізмів захисту.

На сьогодні відомо, що підлітковий час характеризується об'єктивною зміною зовнішності та тілесними переживаннями, що суттєво впливають на психологічний стан підлітка (Токарева та ін., 2014). Тілесні вади стають додатковим джерелом невдоволення, фрустрації та стресу, що призводить до активізації механізмів психічного захисту, метою яких є збереження достатньо цілісного та привабливого Я (Бабенко, Горобець & Шавровська, 2021). Ситуація ж, коли підліток навчається в оточенні, що постійно нагадує про його чи її тілесну недосконалість, – особлива й унікальна та потребує дослідження того, яким саме чином вона може вплинути на особливості функціонування захисних процесів. Прикладом такого специфічного, соціально конструктивного оточення можуть бути заклади санаторно-інтернатного типу для учнів зі сколіозом. Тому ця робота сфокусована на вирішенні питання, які саме механізми психічного захисту задіяні в опануванні досвіду тіла й у підтримці цілісності тілесного Я в підлітків зі сколіозом, які навчаються в закладі для дітей із вадами хребта.

Аналіз останніх досліджень і публікацій. Питання, що стосуються психічних захистів, отримали розробку в психології та висвітлені в працях не тільки психоаналітиків (Freud, 2018; Freud, 2014; McWilliams, 2011), де цей концепт було створено, але й дослідників інших підходів (Vaillant, 2000; Cramer, 2000; Bond, Andrews & Singh, 1993). Історія дослідження механізмів захисту розпочинається із З. Фрейда, що розглядав їх як несвідомий та неінтенціональний спосіб роботи Я зі зниження тривоги в момент зіткнення суб'єкта із зовнішніми або внутрішніми конфліктами (Freud, 2014). У подальшому ця концепція значно розширилася, що призвело до того, що кількість описаних захистів стала перевищувати 100, а,

крім несвідомих, тепер наголошується на існуванні також і свідомих захисних варіацій (Blackman, 2004). Детальний огляд і аналіз сучасних уявлень щодо механізмів психічного захисту у фаховій літературі вже був зроблений нами раніше (Депутатов, 2017а; Депутатов, 2017б).

Щодо тілесного Я, суто психоаналітичне розуміння цього концепту, на який ми спираємось у цій роботі, уже окреслено нами в одній із попередніх публікацій. Так, на підставі проведеного теоретичного аналізу ми визначили тілесне Я як позасвідому ядерну структуру, що є психічною протоінстанцією, яка започатковує та уможлиблює розвиток Я та психічного апарату в цілому, яке має вплив на Я впродовж усього часу зростання та змін тіла (Депутатов, 2020).

Окремо слід зазначити, що специфіка тілесного Я у випадках соматичних хвороб уже була висвітлена в багатьох дослідженнях. Наприклад, встановлено вплив на тілесне Я та його деривати (образ тіла, фізичне Я тощо) у випадку ревматоїдного артриту (Rzeszutek, Pięta & Huzar, 2020), раку (Hopwood et al., 2001; Rzeszutek, Pięta & Huzar, 2020), хронічних хвороб (McCarthy, 2015), ДЦП (Nuara, Papangelo, Avanzini, & Fabbri-Destro, 2019), фізичних дисфункцій (Taleporos & McCabe, 2002; Чухрій, 2017) та психічних хвороб і розладів, наприклад шизофренії (Stanghellini et al., 2014), ПХП (Derenne & Beresin, 2006; Fogelkvist et al., 2020; McLean & Paxton, 2019; Smolak & Levine, 2001; Walker, White & Srinivasan, 2018) та депресії (Noles, Cash & Winstead, 1985).

Мета статті – викласти результати емпіричного дослідження впливу механізмів психічного захисту на формування тілесного Я підлітків зі сколіозом та обговорити їх з урахуванням психоаналітичного підходу.

Методи. На підставі вивченої літератури нами було сформульовано припущення щодо існування певної специфіки формування тілесного Я підлітків зі сколіозом, особливо в умовах навчання в закладі для дітей із вадами хребта. Така вибірка, що поєднує в собі хворобу та специфічні умови навчання, ще не була раніше досліджена, а тому ми поставили за мету нашого дослідження дізнатись, чи існують особливості розвитку тілесного Я таких підлітків, і яку участь при цьому беруть механізми психічного захисту.

Для встановлення особливостей тілесного Я підлітків зі сколіозом нами було вжито такий дослідний дизайн, який би дозволив різнобічно представити об'єкт нашого дослідження, а саме через теоретичну модель про візуальну, мовну та емоційно-реляційну оптику тілесного Я (рис. 1). Необхідність використовувати ці оптики обумовлена неможливістю досліджувати тілесне Я напряму через те, що ми розглядаємо тілесні аспекти Я як несвідомі. Відповідно до запропонованої моделі було розроблено теоретичний фреймворк дослідження (рис. 2).

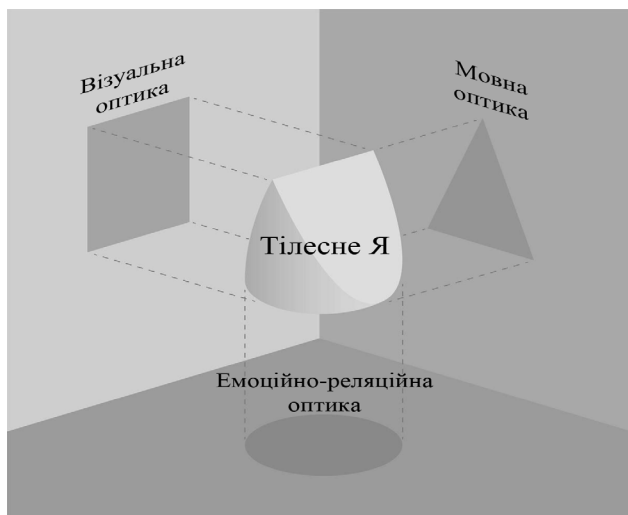


Рис. 1. Теоретична модель вивчення тілесного Я

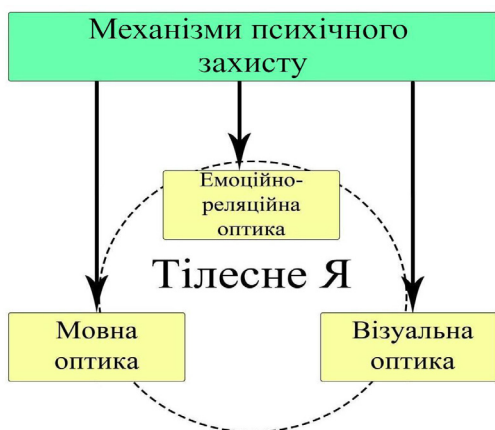


Рис. 2. Теоретичний фреймворк вивчення механізмів психічного захисту у формуванні тілесного Я

Для збору емпіричних даних нами було обрано такі інструменти:

1. Опитувальник DSQ-40 (Andrews, Singh & Bond, 1993) – це методика, направлена на визначення сили прояву захисних стилів, тобто поведінки, що є похідною від захистів. Вона містить 40 тверджень, які респондент має оцінити за шкалою Лайкерта (від 1 до 9, де 1 – «Я повністю не згоден із цим твердженням», а 9 – «Я повністю згоден із цим твердженням»). Опитувальник містить 20 шкал, кожна з яких відповідає певному захисному стилю. Ці шкали об'єднуються в три групи захистів: «зрілі», «невротичні» та «незрілі». Сам опитувальник будувався на ґрунті змістової валідності на основі опису відповідних захистів у DSM-III-R. Однак, коли автори обраховували внутрішню узгодженість питань, вона була невисокою (Andrews et al., 1993), вірогідніше за все через малу кількість запитань (2) у шкалах. Для адаптації цієї методики на українській вибірці нами було зроблено та звірено з трьома науковцями-психологами, що володіють англійською мовою, первинний переклад. Їх пропозиції, що стосувалися у тому числі і культурного сприйняття деяких запитань, були враховані під час правок перекладу. Після цього була здійснена процедура зворотного перекладу на англійську. Перевірка Альфи Кронбаха також, як і в оригінальній методиці, показала невисокі результати (табл. 1), тому ми можемо спиратись тільки на змістовну валідність адаптації.

Таблиця 1

Дані перевірки внутрішньої узгодженості питань адаптованої методики DSQ-40

Захист	Альфа Кронбаха (оригінальні дані, Andrews et al., 1993)	Альфа Кронбаха (n=156)
Пригнічення	0,39	0,03
Сублімація	0,42	0,004
Гумор	0,59	0,38
Антиципація	0,32	0,4
Анулювання	0,37	0,16
Псевдоальтруїзм	0,19	0,37
Ідеалізація	0,52	0,23
Реактивне утворення	0,32	0,26
Проекція	0,64	0,53
Пасивна агресія	0,38	0,47
Відігравання	0,49	0,62
Ізоляція	0,56	0,43
Знецінення	0,01	0,17
Аутистичне фантазування	0,89	0,66
Заперечення	0,1	0,15
Зміщення	0,17	0,06
Дисоціація	0,44	0,57
Розщеплення	0,19	0,05
Рационалізація	0,73	0,49
Соматизація	0,56	0,37
Зрілі захисти	0,68	0,5
Невротичні захисти	0,58	0,45
Незрілі захисти	0,8	0,81

2. Модифікована методика дослідження самооцінки Т.В. Дембо, С.Л. Рубінштейн – це інструмент, призначений для оцінки та порівняльного аналізу самооцінки та домагання особистості в різних життєвих сферах (Deputatov & Velykodna, 2021). Респондентові пропонується поставити позначки на десятисантиметровій вертикальній шкалі у відповідь на певні запитання, що стосуються актуального, бажаного та потенційно можливого статусу певних сфер його життя. В адаптаціях цієї методики пропонується 7 шкал: здоров'я, інтелект, характер, авторитет, вміння щось робити руками, зовнішність та самооцінка. Відповідно до мети нашого дослідження нами була додана така сфера для самооцінки, як «тілесність».

3. «Автопортрет» (Burns & Kaufman, 1972) – це проєктивна малюнкова методика, що використовується з метою діагностики різноманітних потенцій та порушень суб'єкта, у тому числі й особливостей тілесного Я (Dolto, 1985; Хомуленко & Крамченкова, 2016), що є альтернативною версією методики «Намалюй людину» (Goodenough, 1975). Зазвичай респондентові пропонується інструкція «намалюй свій автопортрет», яку ми змінили на «намалюй себе» з причини стійкої асоціації слова «автопортрет» із варіацією малюнка, на якому присутні лише голова та верхня частина тулуба, що нам не повністю підходило.

4. Аналіз тематичного автобіографічного нарративу (Crossley, 2000) – це метод дослідження особливостей Я-концепції респондента за допомогою аналізу написаних ним текстів. Нами була запропонована тема для написання тексту: «Я, який я є насправді».

5. Аналіз метафоричного нарративу (Crossley, 2000) – це метод дослідження особистісних особливостей респондента за допомогою аналізу написаних ним казок. Від-

повідно до мети нашого дослідження нами була запропонована така інструкція: «Під цифрою «один» напиши три асоціації-прикметники, що першими приходять тобі в голову у відповідь на запитання «Який твій характер?»; під цифрою «два» напиши три асоціації-прикметники, що першими приходять тобі в голову у відповідь на запитання «Яка твоя зовнішність, твоє тіло?»; уяви, що написане тобою під цифрою «один» – це персонаж номер один, під цифрою два – персонаж номер два. Напиши казку про цих двох персонажів».

Для аналізу автопортретів та наративів ми розробили показники, на які можна спиратись при дослідженні тілесного Я. Детальні ці показники обгрунтовані нами в попередніх роботах (Deputatov & Velykodna, 2021; Депутатов, 2022), а в цій роботі їхній перелік наведено в таблиці 1.

Експериментальну групу дослідження склали учні 7–9 класів спеціалізованого санаторного закладу для дітей зі сколіозом (точну назву та місцезнаходження закладу приховано для збереження конфіденційності) у кількості 52 особи. До контрольної групи увійшли учні 7–9 класів неспеціалізованих загальноосвітніх шкіл того ж міста в кількості 102 особи. Усі підлітки з контрольної групи повідомили, що не мають сколіозу. Для математичного аналізу був використаний лінійний регресійний аналіз через програму SPSS. Етика проведеного дослідження була підтверджена кафедрою практичної психології Криворізького державного педагогічного університету відповідно до отриманих письмових згод батьків підлітків на участь у дослідженні.

Відповідно до нашого теоретичного фреймворку залежними змінними було обрано вимірені показники мовної, візуальної та емоційно-реляційної оптик тілесного Я. Відповідно механізми психічного захисту, які, як ми припускаємо, впливають на особливості формування тілесного Я, використовувались як незалежні змінні.

Результати та їх обговорення. Аналіз отриманих даних розпочався з дослідження предикторів формування тілесного Я підлітків контрольної групи. Цей етап був покликаний встановити загальний вплив механізмів психічного захисту на тілесне Я, притаманне підлітковому віку. Відтак, можливим стало дослідити предиктори формування тілесного Я підлітків зі сколіозом, порівнюючи з даними з контрольної групи. Отримані дані були скомп'юновані нами у вигляді таблиці 2.

Як видно з таблиці 1, серед розрахованих регресійних моделей на рівні статистичної довіри $p < 0,05$ і $p < 0,01$ дійовими виявилися 6 моделей (згідно з результатами факторного аналізу, F, ANOVA), а саме: чотири регресійні моделі, які були статистично значущими на рівні $p < 0,01$: «Горизонтальне розташування аркуша» (чинна для 79,9% вибірки), «Негативне ставлення до тіла в автобіографічному наративі» (41,2% вибірки), «Сприйняття власного здоров'я зараз» та «Тілесність, якої можна досягти в майбутньому» (39,3% і 40,9% вибірки відповідно), та дві регресійні моделі, які були статистично значущими на рівні $p < 0,05$: «Негативне забарвлення автобіографічного наративу» та «Сприйняття власної тілесності зараз» (35,9% та 36% вибірки відповідно). Отже, у підлітків контрольної групи механізми психічного захисту дійсно впливають на кожну з оптик тілесного Я: візуальну, мовну, емоційно-реляційну, оскільки в кожній оптиці були виявлені залежні змінні, предиктовані тими чи тими механізмами захисту. Перераховані регресійні моделі описують від 35,9% до 79,9% вибірки, що є задовільним результатом.

Внаслідок визначення предикаційної ваги всіх виявлених незалежних змінних (у таблиці 2) було виявлено деякі достовірно впливові захисти щодо тілесного Я підлітків (табл. 3).

Важливо відзначити, що отримані результати щодо анулювання, пасивної агресії, сублімації та розщеплення перегукуються з даними досліджень інших науковців. Так,

Poikolainen et al. (2001) ставили за мету вивчити зв'язок між рівнем використання захистів та розладом харчової поведінки. Дослідження включало в себе вибірку з 57 підлітків жіночої статі з нервовою анорексією та булімією, тобто, як зазначають дослідники, з ускладненими стосунками з власною тілесністю. Використовуючи регресійний аналіз, автори з'ясували предиктори цих розладів; так, на силу їхніх симптомів прямо впливають такі захисти, як анулювання, пасивна агресія та сублімація, а від'ємно – розщеплення. Вплив **анулювання** автори пояснюють тим, що деякі з дій, характерних для розладів харчової поведінки, по суті є ритуалами для відміни почуттів (наприклад, почуття провини за переїдання, гнів, тривога): енергійні вправи, прийом сечогінних препаратів, блювання, недоїдання тощо. У нашому дослідженні анулювання було предиктором того, що у візуальній оптиці підлітки змальовували свій автопортрет на вертикально розташованому аркуші. У попередній роботі ми припустили, що горизонтальне розташування аркуша в методиці «Автопортрет» могло вказувати на захисну інфантильну позицію відносно власного тіла в час пубертату (Deputatov & Velykodna, 2021). На противагу цьому з таблиці 2 видно, що це припущення знаходить своє підтвердження, адже горизонтальне розташування аркуша виявилось пов'язаним із захистами, які класично пов'язують із раннім віком та називають первісними, або примітивними (Freud, 1972; Klein, 1933). Натомість вторинні захисти, які Дж. Блекман називає більш зрілими (Blackman, 2004), у тому числі невротичного рівня, більшою мірою пов'язані з вертикальним розташуванням. Ця знахідка може бути помічною у використанні методики «Автопортрет» у розумінні механізмів психічного захисту в підлітків.

Вплив **пасивної агресії** Poikolainen et al. (2001) пояснюють тим, що невміння прямо проявляти свої негативні почуття може призводити до того, що вони будуть демонструватись іншим, більш пасивним шляхом, наприклад, через відмову від їжі або специфічним відношенням до власного тіла. Втім, варто мати на увазі, що агресивне та пасивно-агресивне ставлення до тіла в підлітковому віці, окрім розладів, може мати нормативний характер, про що пишуть, наприклад, С. Лесур (Lesourd, 2002), Великодна, Еделєва (Великодна & Еделєва, 2020a; Великодна & Еделєва, 2020b).

У дослідженні Poikolainen et al. (2001) вплив **сублімації** був пояснений не прямо, а через її тісний зв'язок із намаганнями бути більш суспільно-привабливим, схваленням певною групою людей або суспільством, що і є предикторами розладів харчової поведінки. Результати нашого дослідження фактично підтверджують цю ж лінію, оскільки показують, що чим менше виражена сублімація – тим краще підлітки сприймають своє тіло станом на зараз. І навпаки, виражена сублімація впливає на погіршення емоційно-реляційної складової тілесного Я.

Aalto-Setälä et al. (2002) вивчали те, як впливають механізми психічного захисту на силу психічних порушень у підлітків. Вибірku склала досить велика група осіб підліткового віку обсягом у 709 амбулаторних відвідувачів психіатричної клініки. Дослідження показало, що як великі, так і низькі рівні механізму психічного захисту **відігравання** є предикторами гострого стресу, а середній рівень – ні. Однак, такі результати стосувались лише чоловічої частини вибірки та не були релевантними для жіночої. Відтак, важливим є врахування рівнів (стенів) вираження цього механізму захисту для уточнення отриманих результатів, що не було враховане нами в цьому дослідженні.

Mirucka (2016) проводила дослідження предикторів вибору розваг, серед яких були танці, комп'ютерні ігри з активацією моторики тіла та комп'ютерні ігри без активації моторики. Порівнюючи механізми психічного захисту між групами респондентів ($n=93$), дослідники виявили, що

Регресійні моделі предикторів формування тілесного Я в підлітків без сколіозу

Залежні змінні		Предикатні моделі щодо 20 механізмів психічного захисту		
Оптика	Назва елемента	R	R Square	F
Візуальна	Час виконання	0,835	0,698	1,894
	Висота намальованої людини	0,667	0,445	0,658
	Наявність цілого тулуба	0,73	0,533	0,936
	Схематичність намальованої людини	0,688	0,473	0,738
	Можливість встановити статі намальованої людини	0,827	0,684	1,78
	Видиме викривлення спини намальованої людини	0,678	0,46	0,7
	Сильна штриховка	0,66	0,436	0,635
	Графічні обмовки у вигляді зайвих ліній	0,742	0,551	1,007
	Графічні обмовки у вигляді слідів стирання олівця	0,794	0,631	1,406
	Використання кольорових олівців	0,804	0,646	1,498
	Явно обрізані кінцівки намальованої людини	0,803	0,645	1,495
	Горизонтальне розташування аркуша	0,894	0,799	3,275**
	Наявність будь-якого фону	0,743	0,552	1,013
	Час виконання	0,481	0,231	0,881
Мовна (автобіографічний наратив)	Об'єм тексту	0,573	0,329	1,435
	Закреслення	0,441	0,194	0,707
	Об'єм тексту про тіло без сполучників	0,515	0,265	1,055
	Негативне ставлення до тіла	0,642	0,412	2,048**
	Позитивне ставлення до тіла	0,468	0,219	0,82
	Негативне ставлення до власної особистості	0,489	0,24	0,922
	Позитивне ставлення до власної особистості	0,519	0,269	1,08
	Наявність імені	0,518	0,269	1,075
	Негативне забарвлення тексту	0,599	0,359	1,64*
	Час виконання	0,6	0,360	1,364
Мовна (метафоричний наратив)	Об'єм тексту	0,647	0,419	1,646
	Закреслення	0,521	0,271	0,85
	Один із персонажів – у халепі	0,54	0,292	0,927
	Обидва персонажі – у халепі	0,532	0,283	0,887
	Чітке розрізнення персонажів	0,503	0,253	0,764
	Позитивне закінчення казки	0,488	0,238	0,702
	Нейтральне закінчення казки	0,578	0,334	1,129
	Негативне закінчення казки	0,552	0,305	0,988
	Наявність діалогу між персонажами	0,488	0,238	0,702
	Сприйняття власного здоров'я зараз	0,627	0,393	2,032**
Емоційно- реляційна	Бажане здоров'я	0,538	0,289	1,28
	Здоров'я, якого можна досягти в майбутньому	0,542	0,294	1,311
	Сприйняття власної тілесності зараз	0,6	0,36	1,768*
	Бажана тілесність	0,492	0,242	1,005
	Тілесність, якої можна досягти в майбутньому	0,639	0,409	2,171**
	Сприйняття власної зовнішності зараз	0,526	0,277	1,204
	Бажана зовнішність	0,55	0,302	1,363
	Зовнішність, якої можна досягти в майбутньому	0,506	0,257	1,084

Примітка: * – $p < 0,05$; ** – $p < 0,01$

Предиктори формування елементів оптик тілесного Я. Контрольна група

Залежна змінна		Незалежна змінна	Коеф.	Ст. похибка	t
Візуальна оптика	Горизонтальне розташування аркуша	Анулювання	-0,11	0,035	-3,144**
		Ідеалізація	-0,067	0,026	-2,63*
		Реактивне утворення	-0,102	0,027	-3,79**
		Пасивна агресія	-0,1	0,032	-3,152**
		Відігравання	-0,095	0,025	-3,738**
		Ізоляція	0,074	0,029	2,558*
		Заперечення	-0,078	0,031	-2,521*
		Розщеплення	0,08	0,025	3,18**
Мовна оптика	Негативне ставлення до тіла	Соматизація	0,112	0,028	3,973**
		Аутистичне фантазування	0,019	0,009	2,198*
	Негативне забарвлення тексту	Заперечення	0,03	0,012	2,421*
Емоційно-реляційна оптика	Сприйняття власного здоров'я зараз	Аутистичне фантазування	0,072	0,019	3,782**
		Пасивна агресія	2,698	1,294	2,085*
		Знецінення	2,962	1,244	2,382*
		Дисоціація	2,604	1,029	2,530*
		Раціоналізація	-3,051	1,073	-2,528*
		Соматизація	-2,714	1,073	-2,528*
	Сприйняття власної тілесності зараз	Самоконтроль	-1,84	0,622	-2,957**
		Реактивне утворення	2,87	1,363	2,105*
		Знецінення	3,361	1,43	2,35*
	Тілесність, якої можна досягти в майбутньому	Сублімація	-2,563	1,026	-2,498*
		Реактивне утворення	2,39	1,138	2,1*
		Дистанціювання	-1,913	0,7	-2,733*

Примітка: * – $p < 0,05$, ** – $p < 0,01$

чим більше людина схильна задіювати тілесність у своїх уподобаннях, тим сильніше активуються незрілі захисти, а точніше – *розщеплення* та *аутистичне фантазування*. Але цікаво, що самооцінка групи з найвищим задіянням тілесності була найвищою серед груп. У нашому дослідженні використання розщеплення та аутистичного фантазування були пов'язані з негативним ставленням до власного тіла та власного Я, коли йшлося про мовну оптику тілесного Я. Крім того, у візуальній оптиці респондентам, яким властиво використовувати ці захисти, було також властиво розташовувати аркуш горизонтально, що ми пов'язали з незрілими процесами. Цікаво, що саме ця пара захистів дійсно вважається первісною (найменш зрілою) у багатьох психоаналітичних теоріях (напр. Klein, 1933; Mahler et al., 1975).

В іншому дослідженні Poikolainen et al. (2001) виявили, що механізм захисту *соматизація* в підлітків ($n=615$) обернено корелює з рівнем самооцінки. Це підкріплюється результатами дослідження Spinhoven & Kooiman (1997), у якому вивчалися особливості механізмів психічного захисту в підлітків-пацієнтів клініки ($n=483$), і було визначено, що *соматизація* сильно корелює з рівнем тривожності, причому будь-яка гендерна різниця відсутня. Доповнюючи ці дані, у нашому дослідженні соматизація стала предиктором нижчого сприймання рівня власного здоров'я станом на зараз. Це важливий результат для подальшого порівняння отриманих даних із експериментальною групою.

Щодо *ідеалізації*, то в нашому дослідженні вона є предиктором вертикального розташування аркуша методики «Автопортрет». Вище ми висували гіпотезу, що таке розташування є одним із показників більш зрілої особистості. Це підтримується тим, що цей захист знаходиться на невротичному рівні (Perry et al., 2013). Однак, дослідження Lewis & White дозволяє розвинути і альтернативну гіпотезу про ідеалізацію як про запит до відкидання того, що не вписується в ідеальний образ себе та іншого.

Це можна підтвердити також тим, що вертикальне розташування аркуша принаймні дозволяє малювати людину більшої висоти; останнє, у свою чергу, пояснюється більш високою самооцінкою (Burns & Kaufman, 1972).

Lewis & White (2009) окремо прояснили зміст механізму психічного захисту *заперечення*, пояснюючи його так, що подекуди агресивне ставлення до якогось феномена впливає на відкидання наявності цього в самому собі. У нашому дослідженні було виявлено, що цей захист є прямим предиктором негативного ставлення до власного тіла в наративах. Цікаво, що, наприклад, Apter et al. (1997) знайшли прямий сильний зв'язок заперечення з суїцидальним ризиком, а отже, до негативного ставлення до себе, оскільки суїцид – лише одна з форм аутоагресивної поведінки. Автори висувують гіпотезу, що зазначений захист є підсилювачем агресії (що потім спрямовується на себе через інші захисти, наприклад, інтроскцію). Припускаємо, що заперечення може не тільки підсилювати агресію, але й робити її більш акцентованою на об'єкті (принаймні позасвідомо, оскільки свідомо заперечення інтерпретується як ігнорування, наприклад, Araujo et al., 1999), яким вона викликається.

Іншою знахідкою Lewis & White (2009) є пояснення того, як працює механізм психічного захисту *знеціннення* в підлітків. Автори розуміють його так, що мова йде про пряму неповагу до вподобань інших людей. У нашому дослідженні було виявлено, що цей захист прямо предиктує оцінку рівня свого здоров'я зараз та оцінку рівня своєї тілесності зараз. Вірогідно, це може бути пов'язано з можливістю ігнорувати, виражати неповагу до нав'язуваних ідей про те, яким має бути тіло та здоров'я, негативний вплив яких досліджувався багатьма авторами (наприклад, Keery et al., 2004).

Strandholm et al. (2006) досліджували підліткові предиктори психічних розладів у дорослому віці. Однією зі знахідок стало те, що механізми психічного захисту *реактивне утворення*, *ізоляція* та *зміщення* в підлітково-

вому віці з часом посилюють симптоми розладів, які проявляють себе в дорослості. Автори думають, що це можна пояснити таким чином: в усіх трьох захистах емоції та відповіді не націлені на той об'єкт, що насправді є тригером: емоція або відокремлена від об'єкта, або просто не відповідає йому. Це, у свою чергу, призводить до збоїв у соціальних стосунках (суб'єкт пригнічує свої негативні почуття та не виражає їх у комунікації, а отже, не дає іншим зворотний зв'язок), що негативно впливає на формування особистості, викликаючи варіації тривожних розладів. Такі висновки підкріплюються ідеями інших авторів про те, що реактивне утворення – один із двох найбільш конформних захистів (Araujo et al., 1999), а ізоляція обернено корелює з рівнем розвитку моральних суджень (Hart & Chmiel, 1992). У нашому дослідженні і реактивне утворення, і ізоляція є предикторами вертикального розміщення аркуша; перший захист, окрім цього, предиктує більш позитивне ставлення до свого тіла станом на зараз.

Хоча *дисоціацію* зазвичай розглядають у контексті травми (наприклад, Luoni et al., 2018), вона часом розглядається і поза нею. Наприклад, Somer (2011) вказує, що дисоціація – дуже корисний механізм захисту в дитячому віці, оскільки, по-перше, допомагає вмикати фантазування під час гри; по-друге, допомагає зробити реальність більш пластичною; по-третє, допомагає уявляти себе кимось іншим. Авторка вказує, що люди входять у стан дисоціації не тільки під час травмування, а й тоді, коли людина просто нудьгує. Втім, зазвичай у підлітковому віці ця форма захисту сильно знижує своє функціонування. Усе це підтримує результати нашого дослідження, у якому дисоціація є прямим предиктором того, як підліток сприймає своє здоров'я станом на зараз. Це може бути пов'язаним зі складністю пубертату, коли тіло різко змінює свій вигляд, свої відчуття, що часом переживається, як фізичне погане самопочуття або навіть нормативний розлад здоров'я. Дисоціація може допомагати від'єднуватись від власного тілесного досвіду й тим самим не переживати ці тілесні зміни, як болісні.

У цілому отримані результати можна прокоментувати, як пов'язані з уже відомими викликами, труднощами та особливостями підліткового віку, у тому числі в аспекті стосунків підлітка зі своїм тілом, здоров'ям, образом у стосунках. Ми бачимо багатий репертуар захисних процесів, велика частина яких залучена в побудову стосунків із власною тілесністю зараз та в образі майбутнього. Тепер порівняємо ці дані з експериментальною групою.

Переходимо до визначення регресійних моделей формування тілесного Я підлітків зі сколіозом. Отримані нами результати представлені у вигляді таблиці 4.

Як видно з таблиці 4, серед розрахованих регресійних моделей на рівні статистичної довіри $p < 0,05$ дієвими виявилися 2 моделі (згідно з F, ANOVA), а саме: «Наявність цілого тулуба» (чинна для 83,7% вибірки) та «Горизонтальне розташування аркуша» (84,3% вибірки). Отже, у підлітків експериментальної групи, на відміну від контрольної, механізми психічного захисту впливають лише на одну з оптик тілесного Я – візуальну, оскільки лише в ній були виявлені залежні змінні, предиктовані тими чи тими незалежними змінними. Ці результати можуть бути пов'язані як із розміром вибірки, яка більше ніж в два рази менша за контрольну, так і зі специфікою психічної відповіді на тілесність, предиктовану діагнозом «сколіоз» і навчанням у закладі, який поміщає сколіоз у фокус уваги. Подальші обговорення спираються на гіпотезу про пов'язаність отриманих даних зі специфікою тілесного Я підлітків зі сколіозом.

Внаслідок визначення предикаційної ваги всіх виявлених незалежних змінних (у таблиці 4) було виявлено деякі достовірно впливові захисти щодо тілесного Я підлітків зі сколіозом (табл. 5).

Отже, лише у візуальній оптиці тілесного Я підлітків зі сколіозом було виявлено 3 предиктори щодо двох вимірюваних показників: «Наявність цілого тулуба» та «Горизонтальне розташування аркуша» в методиці «Автопортрет». Серед виявлених предикторів було 2 механізми психічного захисту, що описувало від 83,7% до 84,3% вибірки. Оберненим предиктором показника «Наявність цілого тулуба» на рівні $p < 0,01$ став механізм захисту *відігравання*, окрім цього, прямим предиктором на рівні $p < 0,05$ став захист *зміщення*. Оберненим предиктором показника «Горизонтальне розташування аркуша» на рівні $p < 0,01$ став захист *відігравання*.

Для наочності ми вирішили подати предикатну модель регресійного аналізу впливу механізмів захисту на візуальну оптику тілесного Я підлітків зі сколіозом у вигляді схематичного зображення (рис. 3).

Як ми вже зазначили вище, дослідження Aalto-Setälä et al. (2002) показало, що в чоловічій частині вибірки як великі, так і низькі рівні механізму психічного захисту *відігравання* є предикторами гострого стресу, а середній рівень – ні. Відтак, важливим є врахування рівнів (стенів) вираження цього механізму захисту для уточнення отриманих результатів, що не було враховане нами в цьому дослідженні. У нашому дослідженні на вибірці підлітків зі сколіозом *відігравання*, як і в контрольній групі, є прямим предиктором вертикального розташування аркуша. Однак, окрім цього, цей захист також є оберненим предиктором малювання цілого тулуба в автопортреті, що не було виявлено в підлітків без сколіозу. Можливо, на відміну від контрольної групи, підлітки зі сколіозом відчують додаткову потребу в інфантильній відповіді на існуючу фрустрацію з приводу їх здоров'я: немає тіла – немає тілесних хвороб (сколіозу).

Крім того, як уже зазначалось, Strandholm et al. (2006) у дослідженні підліткових предикторів психічних розладів дорослого виявили, що механізм психічного захисту *зміщення*, на рівні з деякими іншими захистами (ізоляція, реактивне утворення), із часом посилює симптоми розладів, які проявляють себе в дорослому віці. Цей захист на рівні інших двох тлумачиться як такий, що не націлений на тригер. Це, у свою чергу, призводить до збоїв у соціальних стосунках, оскільки суб'єкт пригнічує свої негативні почуття та не дає іншим реальний зворотний зв'язок, що негативно впливає на формування особистості, викликаючи варіації тривожних розладів. Це знаходиться в одній лінії з ідеєю про те, що *зміщення* – один із найконформніших захистів на рівні з реактивним утворенням (наприклад, Hart, 1992). В експериментальній вибірці нашого дослідження цей захист є прямим предиктором наявності цілого тулуба в автопортретах. На відміну від *відігравання*, ми можемо припускати, що *зміщення* більшою мірою дозволяє підліткам зі сколіозом не відкидати «тіло» в малюнках зовсім, а приймати його, втім, зміщуючи негативні емоції на щось інше.

Цікаво, що порівняно з підлітками контрольної групи в підлітків зі сколіозом захисний спектр у формуванні тілесного Я досить сильно звужений, навіть за тими ж складовими. А саме:

- а) предикаційний зв'язок виявлено тільки з візуальною оптикою тілесного Я, а не з мовною чи емоційно-реляційною;
- б) у візуальній оптиці предиктори вказали тільки на два залежні показники – наявність цілого тулуба та горизонтальне розташування аркуша – які є по суті дуже укрупненими, слабо деталізованими показниками, що підтверджує висунуті вище гіпотези про схильність цієї групи інфантилізувати образ свого тіла;
- в) так само, як і в контрольній групі, механізм психічного захисту *відігравання* виявився пов'язаним із більш зрілим образом себе (показник – «вертикальне розташування аркуша» та дані інших, пов'язаних із ним розрахунків);

Регресійні моделі предикторів формування тілесного Я в підлітків зі сколіозом

Залежні змінні		Предикатні моделі щодо 20 механізмів психічного захисту та 8 копінг-стратегій		
Оптика	Назва елемента	R	R Square	F
Візуальна	Час виконання	0,837	0,701	1,928
	Висота намальованої людини	0,721	0,52	0,89
	Наявність цілого тулуба	0,842	0,709	1,999*
	Схематичність намальованої людини	0,819	0,671	1,678
	Можливість встановити стаття намальованої людини	0,728	0,53	0,927
	Видиме викривлення спини намальованої людини	0,754	0,568	1,08
	Сильна штриховка	0,695	0,483	0,768
	Графічні обмовки у вигляді зайвих ліній	0,734	0,539	0,962
	Графічні обмовки у вигляді слідів стирання олівця	0,789	0,623	1,356
	Використання кольорових олівців	0,793	0,63	1,396
	Явно обрізані кінцівки намальованої людини	0,753	0,567	1,075
	Горизонтальне розташування аркуша	0,843	0,710	2,015*
	Наявність будь-якого фону	0,740	0,547	0,992
	Час виконання	0,758	0,575	1,11
Мовна (автобіо-графічний наратив)	Об'єм тексту	0,745	0,555	1,025
	Закреслення	0,741	0,549	1,0
	Об'єм тексту про тіло	0,792	0,627	1,383
	Негативне ставлення до тіла	0,702	0,492	0,797
	Позитивне ставлення до тіла	0,656	0,431	0,622
	Негативне ставлення до власної особистості	0,617	0,381	0,505
	Позитивне ставлення до власної особистості	0,781	0,610	1,284
	Наявність імені	0,754	0,569	1,084
	Негативне забарвлення тексту	0,809	0,655	1,558
	Час виконання	0,754	0,568	1,079
Мовна (метафоричний наратив)	Об'єм тексту	0,799	0,639	1,453
	Закреслення	0,651	0,423	0,603
	Один із персонажів – у халепі	0,694	0,482	0,764
	Обидва персонажі – у халепі	0,704	0,496	0,808
	Чітке розрізнення персонажів	0,684	0,467	0,721
	Позитивне закінчення казки	0,782	0,612	1,297
	Нейтральне закінчення казки	0,703	0,494	0,803
	Негативне закінчення казки	0,694	0,481	0,762
	Наявність діалогу між персонажами	0,728	0,529	0,924
	Сприйняття власного здоров'я зараз	0,648	0,42	0,595
Емоційно-реляційна	Бажане здоров'я	0,738	0,545	0,985
	Здоров'я, якого можна досягти в майбутньому	0,721	0,519	0,888
	Сприйняття власної тілесності зараз	0,766	0,587	1,166
	Бажана тілесність	0,796	0,634	1,42
	Тілесність, якої можна досягти в майбутньому	0,826	0,682	1,759
	Сприйняття власної зовнішності зараз	0,822	0,675	1,708
	Бажана зовнішність	0,664	0,441	0,649
	Зовнішність якої можна досягти в майбутньому	0,773	0,598	1,22

Примітка: * – $p < 0,05$

г) виокремився 1 захист, який предиктує візуальну оптику тілесного Я підлітків зі сколіозом, проте не була задіяна в предикації тілесного Я їхніх однолітків, це – зміщення.

Ми можемо попередньо прокоментувати ці знахідки так. По-перше, складається враження, ніби підліткам з експериментальної групи взагалі не вдається «забути» про своє тіло, оскільки механізми психічного захисту

Предиктори формування елементів оптик тілесного Я. Експериментальна група

Залежна змінна	Незалежна змінна	Коеф.	Ст. похибка	t
Наявність цілого тулуба	Відігравання	-0,113	0,038	-2,971**
	Зміщення	0,121	0,049	2,460*
Горизонтальне розташування аркуша	Відігравання	-0,139	0,039	-3,537**

Примітка: * – $p < 0,05$, ** – $p < 0,01$

представлені недостатньо в порівнянні з контрольною групою. Більше того, предикаційна вага виявилась значною та однорідною, описуючи великий відсоток вибірки, але лише у візуальній оптиці й за бідною кількістю та якістю показників. По-друге, порівняно з контрольною групою в цій групі ми засвідчуємо непрямі ознаки більш інфантильного сприймання та обходження зі своєю тілесністю на рівні життя захистів Я, що збігається з попередніми знахідками (Deputatov & Velykodna, 2021) та відповідає на поставлені дослідні питання.

Слугуючись психоаналітичними теоріями підліткової, варто прокоментувати отримані знахідки в контексті психічних процесів пубертату:

1. Підлітковий вік є часом проживання Вторинного Едипу та нової редакції кастраційного комплексу (Morgenstern, 1937), від якого підліток спершу захищається пошуком фалічних об'єктів – фалічного батька, фалічних інших (Lesourd, 2013), а лише потім поступово має перейти до визнання *всезагальної кастрованості* (Lesourd, 2002; Великодна, Еделєва, 2020а), тобто, що фалічних інших не існує, і тому власна не-фалічність може бути прийнята. Для проходження цього складного процесу підлітку потрібне достатньо сильне Я, захисти якого дозволять упоратися з тимчасовими нарцисичними провалами. Оскільки спеціалізований навчальний заклад своєю назвою та фокусом уваги постійно означає фізичну ваду цих підлітків, нагадує про неї, то неквапна зустріч із власною символічною кастрованістю ускладнюється; натомість підлітка «переслідує» нібито реальна тілесна кастрація, захист від якої неможливий. Усе це може створювати додаткове підґрунтя для підтримки кастраційної тривоги, де під кастрацією мається на увазі символічна недостатність уявного об'єкта (Evans, 2006).

2. Факт того, що єдиною оптикою, яка виступила в підлітків експериментальної групи залежною змінною за регресійним аналізом, є візуальна, або ж скопична, за Ж. Лаканом (Lacan, 1953), наводить на такі роздуми. Підліток зі сколіозом постійно стикається з поглядом іншого на його тіло з боку представників закладу: вчителів, лікарів, масажистів і зазвичай це погляд оціночний, тобто погляд, фіксований на ваді. Інтенсивність задіяння скопичного потягу в цілому притаманна підлітковому віку (Ouvry, 2006), однак незадоволеність змістом отриманого погляду може призводити до конфліктної напруги та виражати труднощі задіяння інших захистів, крім відігравання та зміщення. Крім того, у наших попередніх знахідках ми засвідчили схильність досліджених підлітків до інфантилізації образу свого тіла, метою чого може бути сповільнення перевідкриття власної тілесності в час пубертату (Deputatov & Velykodna, 2021). Поеднання цих результатів

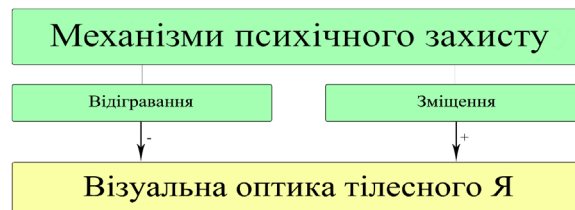


Рис. 3. Визначені предиктори формування візуальної оптики тілесного Я

може говорити також про те, що захисти Я цих підлітків переважно спрямовані проти нав'язливого погляду, який бачить фізичну ваду замість визнання виміру сексуальності. Однак вузький діапазон та всеохопність цих захистів ставлять під сумнів успіх їхнього застосування.

3. Слід враховувати і те, що сколіоз, окрім суто тілесної вади, тут є ще й словесним позначником (Evans, 2006), частиною історії про тіло, за П. Оланье (Aulagnier, 2015), і ця історія фактично стає експлуатованою соціальною ситуацією (навчанням у спеціалізованому закладі освіти). Фізична вада, яка зазвичай може бути малопомітною, прихованою одягом, отримує своє розгорнуте символічне життя, що, як відомо, здатне підпорядковувати світ уяви (Lacan, 1953).

Висновки. Представлені емпіричні дані продемонстрували, що підлітки мають багатий репертуар захисних процесів, велика частина яких залучена в побудову стосунків із власною тілесністю зараз та в образі майбутнього. Це допомагає підійти до реагування на тілесну перебудову з більшим спектром реакцій: від інфантильних, дитячих до більш зрілих; від «відкидаючих» до соціально-прийнятних, конформних. На противагу цьому досліджені підлітки зі сколіозом, які є учнями спеціалізованого закладу, продемонстрували різке відмінні результати, згідно з якими їм дуже складно «забути» про своє тіло, оскільки механізми психічного захисту представлені недостатньо в порівнянні з контрольною групою. Більше того, предикаційна вага механізмів захисту щодо тілесного Я підлітків зі сколіозом виявилась значною та однорідною, описуючи великий відсоток вибірки, але лише у візуальній оптиці й за вузькою кількістю та якістю показників.

У подальших розвідках, зокрема, через подальше спостереження та інтерв'ювання, а також через залучення підлітків зі сколіозом, що не навчаються в спеціалізованих закладах, важливо дослідити динаміку символізації сколіозу в тілесному житті Я підлітків цієї групи.

Список літератури:

- Aalto-Setälä, T. (2002). Predictors of mental distress in early adulthood: A five-year follow-up of 709 high-school students. *Nordic Journal of Psychiatry*, 56(2), 121–125. <https://doi.org/10.1080/080394802753617935>
- Andrews, G., Singh, M., & Bond, M. (1993). The Defense Style Questionnaire. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 181, 246–256.
- Apter, A. (1997). Suicidal adolescents and ego defense mechanisms. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 36(11), 1520–1527.
- Araujo, K., Ryst, E., & Steiner, H. (1999). Adolescent Defense Style and Life Stressors. *Child Psychiatry and Human Development*, 30(1), 19–28.

- Aulagnier, P. (2015). Birth of a body, origin of a history. *International Journal of Psychoanalysis*, 96, 1371–1401.
- Blackman, J.S. (2004). 101 defenses: How the mind shields itself. New York: Brunner-Routledge.
- Burns, R.C., & Kaufman, S.H. (1972). Actions, styles and symbols in kinetic family drawings: An interpretative manual. New York: Brunner/Mazel, Publishers.
- Cramer, P. (2000). Defense mechanisms in psychology today. *American Psychologist*, 55(6), 637–646.
- Crossley, M. (2000). Introducing narrative psychology. McGraw-Hill Education (UK).
- Deputatov, V., & Velykodna, M. (2021). Specifics of the Body Image of Adolescents with Scoliosis: A Case of Being Labeled as 'A Scoliotic'. *International Journal of Child Health and Nutrition*, 10(2), 59–73.
- Derenne, J.L., & Beresin, E.V. (2006). Body image, media, and eating disorders. *Academic Psychiatry*, 30(3), 257–261. DOI: 10.1176/appi.ap.30.3.257
- Dolto, F. (1985). The unconscious image of the body. New York: International Universities Press.
- Evans, D. (2006). An introductory dictionary of Lacanian psychoanalysis. Routledge.
- Fogelkvist, M., Gustafsson, S.A., Kjellin, L., & Parling, T. (2020). Acceptance and commitment therapy to reduce eating disorder symptoms and body image problems in patients with residual eating disorder symptoms: A randomized controlled trial. *Body Image*, 32, 155–166.
- Freud, A. (1972). Child-analysis as a sub-speciality of psychoanalysis. *The International Journal of Psycho-Analysis*, 53, 151.
- Freud, A. (2018). The ego and the mechanisms of defence. Routledge.
- Freud, S. (2014). Inhibitions, symptoms and anxiety. Read Books Ltd.
- Goodenough, F.L. (1975). Measurement of Intelligence by Drawings. New York: Arno Press.
- Hart, D., & Chmiel, S. (1992). Influence of defense mechanisms on moral judgment development: A longitudinal study. *Developmental Psychology*, 28(4), 722.
- Hopwood, P., Fletcher, I., Lee, A., & Al Ghazal, S. (2001). A body image scale for use with cancer patients. *European Journal of Cancer*, 37(2), 189–197. DOI:10.1016/S0959-8049(00)00353-1
- Keery, H., Van den Berg, P., & Thompson, J.K. (2004). An evaluation of the Tripartite Influence Model of body dissatisfaction and eating disturbance with adolescent girls. *Body Image*, 1(3), 237–251.
- Klein, M. (1933). The psycho-analysis of children. *The Sociological Review*, 25(3), 296–298.
- Lacan, J. (1953). Le symbolique, l'imaginaire et le réel.
- Lesourd, S. (2002). Adolescences... Rencontre du féminin. Érès.
- Lesourd, S. (2013). La construction adolescente. Érès.
- Lewis, A., & White, J. (2009). The defense mechanisms of homophobic adolescent males: A descriptive discriminant analysis. *Journal of Adolescence*, 32(2), 435–441.
- Luoni, C. (2018). Psychopathology, dissociation and somatic symptoms in adolescents who were exposed to traumatic experiences. *Frontiers in Psychology*, 9, 2390.
- Mahler, M.S., Pine, F., & Bergman, A. (1975). The psychological birth of the human infant: Symbiosis and individuation. New York: Basic Books.
- McCarthy, A. (2015). Summer camp for children and adolescents with chronic conditions. *Pediatric Nursing*, 41(5), 245.
- McLean, S.A., & Paxton, S.J. (2019). Body image in the context of eating disorders. *Psychiatric Clinics*, 42(1), 145–156. DOI: 10.1016/j.psc.2018.10.006
- McWilliams, N. (2011). Psychoanalytic diagnosis: Understanding personality structure in the clinical process. Guilford Press.
- Mirucka, B. (2016). The meaning of the body schema in reaching maturity during late adolescence. *Polish Psychological Bulletin*, 47(1), 149–158.
- Morgenstern, S. (1937). "Psychanalyse infantile" (symbolisme et valeur clinique des créations imaginatives chez l'enfant). Paris: Denoël.
- Noles, S.W., Cash, T.F., & Winstead, B.A. (1985). Body image, physical attractiveness, and depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 53(1), 88–94. DOI: 10.1037/0022-006X.53.1.88
- Nuara, A., Papangelo, P., Avanzini, P., & Fabbri-Destro, M. (2019). Body representation in children with unilateral cerebral palsy. *Frontiers in Psychology*, 10, 354. DOI: 10.3389/fpsyg.2019.00354
- Ouvry, O. (2006). Des théories sexuelles infantiles à la sexualité adulte. De l'infantile au juvénile. ERES "Le Bachelier", 49–64.
- Perry, J.C., Presniak, M.D., & Olson, T.R. (2013). Defense mechanisms in schizotypal, borderline, antisocial, and narcissistic personality disorders. *Psychiatry*, 76(1), 32–52.
- Poikolainen, K. (2001). Defence styles and other risk factors for eating disorders among female adolescents: A case-control study. *European Eating Disorders Review: The Professional Journal of the Eating Disorders Association*, 9(5), 325–334.
- Rzeszutek, M., Pięta, M., & Huzar, M. (2020). Profiles of resources and body image in health and illness: A comparative study among females with rheumatoid arthritis, females with breast cancer and healthy controls. *Brain and Behavior*, 10(1), e01488. DOI: 10.1002/brb3.1488
- Smolak, L., & Levine, M.P. (2001). Body image in children. In J.K. Thompson & L. Smolak (Eds.), Body image, eating disorders, and obesity in youth: Assessment, prevention, and treatment. *American Psychological Association*, 41–66. DOI: 10.1037/10404-002
- Somer, E. (2011). Dissociation in traumatized children and adolescents. In V. Ardino (Ed.), Post-Traumatic Syndromes in Childhood and Adolescence: A Handbook of Research and Practice, 157–174. Wiley-Blackwell.
- Spinhoven, P., & Kooiman, C.G. (1997). Defense style in depressed and anxious psychiatric outpatients: An explorative study. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 185(2), 87–94.
- Stanghellini, G., Ballerini, M., Blasi, S., Mancini, M., Presenza, S., Raballo, A., & Cutting, J. (2014). The Bodily Self: A Qualitative Study of Abnormal Bodily Phenomena in Persons With Schizophrenia. *Comprehensive Psychiatry*, 55(7), 1703–1711. DOI: 10.1016/j.comppsy.2014.06.013
- Strandholm, T. (2006). Defense mechanisms in adolescence as predictors of adult personality disorders. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 204(5), 349–354.

- Taleporos, G., & McCabe, M.P. (2002). Body image and physical disability – Personal perspectives. *Social Science & Medicine*, 54(6), 971–980. DOI: 10.1016/S0277-9536(01)00069-7
- Vaillant, G.E. (2000). Adaptive mental mechanisms. Their role in a positive psychology. *American Psychologist*, 55(1), 89–98.
- Walker, D.C., White, E.K., & Srinivasan, V.J. (2018). A meta-analysis of the relationships between body checking, body image avoidance, body image dissatisfaction, mood, and disordered eating. *International Journal of Eating Disorders*, 51(8), 745–770. DOI: 10.1002/eat.22867
- Бабенко, К.А., Горобець, Т.В., & Шавровська, Н.В. (2021). Феномен несвідомого у психології: система психічних захистів. Навчальний посібник для студентів психологічних факультетів. Черкаси: Черкаський ЦНП.
- Великодна, М.С., & Еделева, С.І. (2020a). Проблематика підлітковості в психоаналізі: теорія, техніка та етика практичної роботи. *Габітус*, 12, 11–17. <https://doi.org/10.32843/2663-5208.2020.12-2.1>
- Великодна, М.С., & Еделева, С.І. (2020b). Проблематика підлітковості в психоаналізі: клінічна ілюстрація. *Габітус*, 13(2), 24–32. <https://doi.org/10.32843/2663-5208.2020.13-2.4>
- Депутатов, В.О. (2017a). Захисні механізми психіки як об'єкт новітніх досліджень у англомовних виданнях (з 2000 року). Частина 1. Теоретичні і прикладні проблеми психології. *Збірник наукових праць*, 3(44), 204–215.
- Депутатов, В.О. (2017b). Захисні механізми психіки як об'єкт новітніх досліджень у англомовних виданнях (з 2000 року). Частина 2. *Науковий вісник Херсонського державного університету. Серія «Психологічні науки»*, 5(1), 40–45.
- Депутатов, В.О. (2020). Психоаналітичний підхід до розуміння генези формування тілесного Я. *Теорія і практика сучасної психології*, 2, 19–27.
- Депутатов, В.О. (2022). Дизайн дослідження мовної оптики тілесного Я методом аналізу особистісних та метафоричних наративів. *Якісні дослідження в психології: проблеми та вирішення*: Всеукраїнська науково-практична конференція, 24–29. Дніпро: Університет імені Альфреда Нобеля.
- Токарева, Н.М., Шамне, А.В., & Макаренко, Н.М. (2014). Сучасний підліток у системі психолого-педагогічного супроводу: Монографія. Кривий Ріг.
- Хомуленко, Т.Б., & Крамченкова, В.О. (2016). Методика проєктивної діагностики тілесного Я. *Науковий вісник Херсонського державного університету. Серія «Психологічні науки»*, 2(5), 39–45.
- Чухрій, І.В. (2017). Формування образу тіла у молоді з порушенням функцій опорно-рухового апарату. *Міжнародний психіатричний, психотерапевтичний та психоаналітичний журнал*, 1, 2(35–36), 85–89.

Анотація. Підлітковий вік є кризовим періодом розвитку особистості, під час якого заново актуалізуються питання, пов'язані з освоєнням власного тілесного досвіду та його потягів, що потребує активації, перевірки та залучення нових психічних захистів. У ситуації фізичного захворювання та соціальної стигматизації цей процес стає більш складним і набуває певних особливостей. Мета цієї роботи – викласти результати емпіричного дослідження впливу механізмів психічного захисту на формування тілесного Я підлітків зі сколіозом, що навчаються в спеціалізованому закладі, та обговорити їх з урахуванням психоаналітичного підходу.

У результаті емпіричного дослідження виявлено, що механізми психічного захисту впливають на кожну з трьох оптик тілесного Я підлітків: візуальну, мовну, емоційно-реляційну. У візуальній оптиці тілесного Я підлітків було виявлено предиктори щодо одного показника – «Горизонтальне розташування аркуша» в методиці «Автопортрет». Серед виявлених прямих предикторів були зазначені анулювання, розщеплення, соматизація та ізоляція; серед обернених – реактивне утворення, пасивна агресія, відігравання, ідеалізація, заперечення. У мовній оптиці тілесного Я ми встановили предиктори щодо двох показників: «Негативне ставлення до тіла» та «Негативне забарвлення тексту». Прямими предикторами першого показника стали аутистичне фантазування та заперечення; прямим предиктором другого – аутистичне фантазування. В емоційно-реляційній оптиці тілесного Я було встановлено предиктори трьох показників: «Сприйняття власного здоров'я зараз», «Сприйняття власної тілесності зараз» та «Тілесність, якої можна досягти в майбутньому». Прямими предикторами першого стали пасивна агресія, знецінення, дисоціація; оберненими – раціоналізація та соматизація. Прямими предикторами другого стали реактивне утворення та знецінення, оберненим – сублімація. Прямим предиктором третього показника стало реактивне утворення. У цей же час виявлено вплив механізмів захисту лише на візуальну оптику тілесного Я підлітків: показники «Наявність цілого тулуба» та «Горизонтальне розташування аркуша». Прямим предиктором першого стало зміщення, а оберненим для обох показників – відігравання. Отже, порівняно з контрольною групою підлітки експериментальної групи демонструють непрямі ознаки більш інфантильного сприймання та обходження зі своєю тілесністю на рівні життя захистів Я через низьку кількість та якість їх задіяння (із точки зору їхньої зрілості).

У контексті психоаналітичних теорій ми розуміємо ці знахідки так: (а) оскільки спеціалізований навчальний заклад своєю назвою та фокусом уваги постійно означає фізичну ваду цих підлітків і нагадує про неї, то зустріч із власною символічною кастрованістю, як це відбувається в їх здорових однолітків, ускладнюється; натомість підлітка «переслідує» нібито реальна тілесна кастрація, захист від якої неможливий або ускладнений. Такі обставини можуть створювати додаткове підґрунтя для підтримки кастраційної тривоги; (б) інтенсивність задіяння скопічного потягу, однак незадоволеність змістом отриманого погляду може призводити до конфліктної напруги та виражати труднощі задіяння інших захистів, крім відігравання та зміщення; (в) сколіоз, окрім сутю тілесного, займає ще й словесний, символічний простір, що постійно експлуатується відповідним оточенням та підпорядковує собі світ уяви.

Ключові слова: Я, тілесне Я, несвідоме, механізми психічного захисту, сколіоз, психоаналіз, підліток.

Abstract. Adolescence is a critical period of personality development during which issues related to the exploration of one's own body experience and its drives. Because of this it is needed to reactivate, reassess and involve new mechanisms of defense, if needed. In situations of physical illness and social stigmatization, this process becomes more complex and gets some specific characteristics. The aim of this study is to present the results of an empirical research into the influence of psychological defense mechanisms on formation of the bodily Ego in adolescents with scoliosis, and to discuss these findings within the psychoanalytic approach.

The empirical study revealed that psychological defense mechanisms affect each of the three aspects of the bodily Ego in adolescents: visual, verbal, and emotional-relational. In the visual aspect, predictors were found for the indicator "Landscape

paper orientation". Among the identified direct predictors were undoing, splitting, somatization, and isolation; among the inverted – reactive formation, passive aggression, acting-out, idealization, denial. In the verbal aspect we found predictors for two indicators: "Negative attitude toward the body" and "Negative context of the text". Direct predictors of the first indicator were autistic fantasy and denial; autistic fantasy is also a direct predictor of the second predictor. In the emotional-relational aspect of the bodily Ego, predictors of three indicators were found: "health I currently have", "body I currently have" and "body I can get in the future". Direct predictors of the first one were passive aggression, devaluation, dissociation; reversed - rationalization and somatization. The direct predictors of the second one were reactive formation and devaluation, and the reverse was sublimation. Reactive formation became a direct predictor of the third indicator too. At the same time, the impact of mechanisms of defense only on the visual aspect of the body Ego of adolescents with scoliosis was found: the indicators "Presence of the whole body" and "Landscape paper orientation". Displacement was a direct predictor of the first, and acting-out was a reverse predictor for both indicators. Consequently, in comparison with the control group, adolescents in the experimental group exhibit indirect signs of a more infantile perception and treatment of their own embodiment at the level of ego defenses due to a low quantity and maturity of their engagement.

In the context of psychoanalytic theories, we interpret these findings as follows: (a) given that the specialized educational institution, by its name and focus, constantly signifies the physical defect of these adolescents, encountering their own symbolic castration, as occurs with their healthy peers, becomes complicated; instead, the adolescent is "haunted" by what seems to be an actual bodily castration, defense against which is either impossible or complicated. Such circumstances might provide additional ground for sustaining castration anxiety; (b) the intensity of engaging the seeing (scopic) drive, coupled with dissatisfaction with the content of the acquired sight, can lead to conflictual tension and manifest difficulties in engaging other defenses besides acting out and displacement; (c) scoliosis, apart from its purely physical aspect, occupies a verbal or, in other words, symbolic space, constantly exploited by the corresponding environment and subjugating the imaginary space.

Key words: Ego, bodily Ego, unconsciousness, Ego-defenses, scoliosis, psychoanalysis, adolescent.

ПСИХОАНАЛІТИЧНА ПЕДАГОГІКА В ОЦІНКАХ СУЧАСНИХ ДОСЛІДНИКІВ І ПРАКТИКІВ

Свєген Нелін, кандидат педагогічних наук, незалежний дослідник,
Дивізіон «Психоаналітична психологія і психотерапія» Національної психологічної асоціації, м. Київ, Україна

PSYCHOANALYTIC PEDAGOGY IN THE ASSESSMENTS OF CONTEMPORARY RESEARCHERS AND PRACTITIONERS

Ievgen Nelin, Candidate of Pedagogical Sciences, Independent Scientist,
Psychoanalytic Psychology and Psychotherapy Division of the National Psychological Association, Kyiv, Ukraine
<https://orcid.org/0000-0001-5612-8589>
ievgen.nelin@i.ua

Вступ. Розвиток психоаналітичної педагогіки в другій половині ХХ ст. засвідчив, що поєднання глибинної психології з теорією виховання є доволі дієвим напрямом психолого-педагогічного супроводу. Після завершення Другої світової війни в країнах Європи почали стрімко розвиватися різноманітні консультативно-діагностичні центри, у яких практикували ідеї психоаналітичної педагогіки. Так, наприклад, у Парижі було створено дитячу поліклініку психоаналітичної орієнтації (1948), засновано журнал «Дитяча психіатрія» (1958), який мав психоаналітичний вектор. Крім того, світ побачив праці В. Смірнова «Дитячий психоаналіз» (1966), С. Лебовісі «Пізнання дитини через психоаналіз» (1970), колективну монографію «Психотерапія дітей і підлітків» (1970) тощо (Barande, 1982, p. 625). У ці ж роки в Ульмі Т. Брохер (Т. Brocher) створив психоаналітико-педагогічну школу для батьків, а на початку 1980-х рр. в освіті німецькомовних країн почала спостерігатися тенденція до проведення різних психоаналітичних семінарів у школах. Зокрема у Відні, завдяки зусиллям Г. Фігдора (Н. Figdor) і В. Датлера (W. Datler), у Дармштаді – Г. Трешера (Trescher, 1990), були відкриті трирічні учительські курси з використання психоаналізу в різних галузях педагогічної діяльності. Згодом у навчальному плані університету Інсбрука запровадили курс із вивчення психоаналітичної педагогіки. Проникнення психоаналітичної педагогіки в університетські стіни було спричинене необхідністю підготовки учительських кадрів, здатних до вирішення освітніх проблем методами психоаналізу. Однак, на відміну від звичного для багатьох практиків методу вільних асоціацій, у психоаналітичній педагогіці 1980-х рр. активно почали використовувати авторські механізми психоаналізу творчої діяльності. Зокрема аналізу піддавалися літературні твори, малюнки, афективні прояви, способи самовираження учнів тощо. Загалом нові теоретичні психоаналітичної педагогіки змістили акцент із дослідження Воно на проблеми Я, що підлягало аналізу на тлі соціального контексту.

Аналіз останніх досліджень і публікацій. Психоаналітично-педагогічні розвідки на сучасному етапі характеризуються новим сплеском активності. Зокрема найбільше уваги дослідженню цієї проблеми приділяють Д. Бріцман (D. Britzman) у Канаді, Ч. Мірман (M. Chet Mirman) у США, Д. Бйондо (D. Biondo), Л. Каррара (L. Carrara) і С. Андреолі (S. Andreoli) в Італії, Н. Берінгер (N. Behringer) у Німеччині та багато інших дослідників. Аналіз реферативної бази Google Scholar дозволив встановити, що протягом 2020–2023 рр. поняття «психоаналітична педагогіка» (psychoanalytic pedagogy (eng), pedagogia psicoanalitica (ita), Psychoanalytischen Pädagogik (ger)) вживалося в наукових джерелах понад 20 000 разів, що вкотре свідчить про актуальність цієї теми для сучасного психоаналітичного дискурсу.

Вітчизняні дослідники доволі неоднозначно характеризують концепцію психоаналітичної педагогіки.

Зокрема, О. Петренко визначає психоаналітичну педагогіку як спробу творчої історико-педагогічної реконструкції. Дослідниця наголошує, що головним завданням психоаналітичної педагогіки було розширення поля свідомості особистості та формування її готовності до виконання системи різних соціальних ролей (Петренко, 2017). У наших розвідках (Нелін, 2017), а також у статті Ю. Кушнір (Кушнір, 2017) психоаналітична педагогіка інтерпретується як самостійний напрям альтернативної освіти.

Мета статті – провести експертну оцінку та розкрити погляди сучасних фахівців на актуальний стан психоаналітичної педагогіки.

Методи дослідження. Для досягнення мети нами було використано комплекс теоретичних (аналіз, синтез та узагальнення літературних джерел) та емпіричних методів дослідження, зокрема метод експертної оцінки. Зважаючи на відсутність об'єктивних методів вимірювання розвитку психоаналітичної педагогіки, ми залучили до опитування групу експертів, які відповідають формальним критеріям фаховості.

Під час організації експертного опитування нами було враховано такі показники: кількість учасників (від 5 до 7 фахівців), вибір платформи для проведення опитування (Google Forms), розробка плану та механізму збору даних, тестування анкети перед її запуском і подальший аналіз зібраних даних.

Виклад основного матеріалу. Розвиток психоаналітичної педагогіки у ХХ ст. поступово призвів до того, що фахівці почали по-різному ставитися до перспектив психоаналізу в науках про виховання. Через це умовно сформувався три підходи до використання психоаналізу в освітній практиці: критичний, дуальний і комунікативний.

Критичний підхід передбачав обмеженість розвитку психоаналітичної педагогіки як самостійного напрямку альтернативної освіти через неможливість загальної профілактики неврозів. Прихильники цієї тези зауважували, що доволі значними є структурні відмінності між педагогічною та психоаналітичною діяльністю, адже педагогічний процес є зовнішньою, реальною міжособистісною взаємодією між наставником і вихованцями, тоді як аналітичний процес спрямований на розвиток трансферу та реалії внутрішнього (психічного) життя. Зважаючи на це, лише за умов чіткого розмежування психоаналізу та педагогіки перший може впливати на педагогічний процес через критичний розбір виховної діяльності й завдяки використанню групових методів роботи і спостереження.

Другий (дуальний) підхід використання психоаналізу в педагогії сформувався на засадах герменевтичного та рефлексивного дискурсу як антитеза критичного підходу. Намагаючись співвіднести психоаналіз і педагогічну діяльність, Г. Бітнер (G. Bittner), як один із прихильників цього підходу, стверджував, що поєднання психоана-

літичної рефлексії та педагогічної роботи можливе лише за умови, якщо рефлексія спрямована на усвідомлення та зміну малодієвих методів роботи, а свідомість учителя перелаштована з пояснювальної моделі на функціонально-дієву. У такому випадку психоаналіз, на думку Г. Бітнера, збагачує педагогіку ідеями взаєморозуміння, навчає кожного справлятися з власною агресивністю (схильністю до конфліктів) і розширювати спектр сприйняття реальності (Bittner, 2003, p. 157).

Прихильники третього (комунікативного) підходу, який також виник у відповідь на критику поєднання педагогіки з психоаналізом, наголошували на тому, що психоаналіз має бути по-іншому розтлумачений і трансформований у рефлексивний засіб педагогічної взаємодії (Trescher, 1990, p. 11). Як стверджує Г. Трешер: «Психоаналітичне виховання, як новітня модель багатосторонньої взаємодії, має ґрунтуватися на засадах взаєморозуміння, а також того, що виховні наміри і бажання зрозуміти один одного є нероздільними» (Trescher, 1990, p. 186). Загалом, на нашу думку, саме комунікативний підхід сьогодні є найбільш продуктивним виявом психоаналітичної педагогіки, адже повною мірою відповідає ідеям постмодернізму щодо того, що педагогічна практика є своєрідним виявом психотерапевтичної практики, яку не слід обмежувати клінічними рамками. Зважаючи на це, на початку XXI ст. визначилась нова мета педагогічної діяльності на засадах психоаналізу – турбота про майбутнє психічне здоров'я дітей. Саме надання допомоги в утвердженні свідомого ставлення до власних бажань і контроль над реальністю є запорукою звільнення особистості від невротичних переживань.

Для визначення актуального стану психоаналітичної педагогіки було проведено онлайн-анкетування фахівців, які досліджують і практикують методи психоаналізу в освітній діяльності. В основу дослідження було покладено метод експертної оцінки, який використовується для одержання змінних емпіричних даних, які не піддаються формалізації. За твердженням академіка НАПН України С. Сисоєвої, метод експертної оцінки поєднує опосередковане спостереження та опитування із залученням групи фахівців (експертів) у кількості 5–7 осіб (Сисоєва, 2013, с. 214). При цьому експерти добираються за ознакою їх формального професійного статусу (посада, науковий ступінь, членство у фахових організаціях, стаж роботи тощо) (Паніотто, 2017, с. 300).

Респондентам було запропоновано анкету, яка складалася з 18 запитань, що були згруповані у два блоки: 1) особисті дані (6 запитань); 2) предметні запитання. Збір персональних даних враховував ім'я респондента, місцезнаходження (країну), вік, досвід і місце роботи, а також згоду публікувати відповіді фахівців у відкритих джерелах. Серед фахівців, які долучилися до проведення експертної оцінки, були: 1) Д. Бріцман (D. Britzman) – членкиня Королівського товариства Канади, професорка кафедри педагогіки і психосоціальної трансформації в університеті Йорк (Канада), сертифікований психоаналітик з понад 30-річним досвідом терапевтичної роботи; 2) Ч. Мірман (M. Chet Mirman) – клінічний психолог, психоаналітик із 30-річним стажем роботи (Чикаго (США)), колишній викладач Мічиганського університету й університету Лайола, член правління Міжнародного форуму з психоаналітичної освіти (IFPE); 3) Л. Каррара (L. Carrara) – аналітичний психолог і педагог із 30-річним досвідом роботи, член таких неурядових організацій, як «Професійна асоціація італійських педагогів та вчителів» (P.E.D.I.A.S.), «Міжнародна асоціація психоаналітичної селф-психології» (I.A.P.S.P.), «Міжнародна асоціація реляційного психоаналізу» (I.A.R.P.P.), керівник Італійської асоціації з вивчення психоаналізу і психоаналітичного педагогіки (AISP), головний редактор сторінки "Pedagogia Psicoanalitica" у мережі Facebook; 4) С. Андреолі (S. Andreoli) – клінічний психолог, пси-

хоаналітик, який має практику в м. Болонья (Італія), член Міжнародної федерації психоаналітичних товариств (IFPS), Організації італійських психоаналітиків (OPIFER), викладач Інституту Еріха Фромма; 5) Н. Берінгер (N. Behringer) – клінічна психологиня, дослідниця теорії психоаналізу, професорка кафедри соціальної роботи, розвитку поведінки і психомоторної підтримки Кооперативного державного університету Баден-Вюртемберг (Німеччина).

Обговорення. Перше тематичне запитання анкети було визначено таким чином: «Кого Ви вважаєте засновником психоаналітичної педагогіки?». Експертам було запропоновано п'ять варіантів (З. Фрейд, Г. Хуг-Хельмут, Ш. Ференці, О. Піфстер або написати власний варіант відповіді). На думку Д. Бріцман, психоаналітична педагогіка є витвором насамперед А. Фрейда. За вибором Н. Берінгер першим психоаналітичним педагогом був Ш. Ференці. Натомість Ч. Мірман і С. Андреолі обрали варіант З. Фрейда, а Л. Каррара зазначив, що психоаналітична педагогіка виникла незалежно, у результаті паралельних досліджень кожного з перших аналітиків. У свою чергу ми підтримуємо тезу Л. Каррари, адже психоаналітична педагогіка виникла у відповідь перших психоаналітиків на спробу занурення клієнтів у найглибші шари психіки, щоб допомогти їм пізнати світ своїх дитячих переживань. Згодом майже всі перші психоаналітики вчиняли спроби раннього втручання в психічний розвиток дітей, щоб знівелювати можливі невротичні розлади в їх подальшому житті, але кожен визначав психоаналітичне виховання, спираючись на власні теоретичні погляди, через що психоаналітична педагогіка розвивалася як набір розрізнених терапевтичних методів.

Друге тематичне напівзакрите запитання було таке: «Ідеї якого психоаналітика Ви розділяєте найбільше?». Серед варіантів респондентам було запропоновано обрати ідеї А. Фрейда, М. Кляйн, Д. В. Віннікотта, А. Айхорна та/або написати власний варіант. Серед запропонованих варіантів двоє експертів (Д. Бріцман і Н. Берінгер) зазначили, що ідеї всіх психоаналітиків однаково важливі. Ч. Мірман і С. Андреолі наголосили на важливості ідей М. Кляйн і Д. Віннікотта. При цьому Л. Каррара зазначив, що в сучасних реаліях мережевого суспільства, коли користувачі мереж воліють отримати «вподобайки» від інших, великого значення набувають ідеї селф-психології Х. Кохута.

Третє запитання анкети було визначено так: «Який напрям психоаналітичної педагогіки найбільш точно відображає Ваші погляди?». Троє фахівців (Н. Берінгер, Л. Каррара та Ч. Мірман) пріоритетним напрямом у роботі визначили теорію об'єктних відносин, тоді інші двоє (Д. Бріцман, С. Андреолі) зазначили, що є прихильниками екліктичного підходу.

Наступні два запитання стосувалися найбільш перспективних освітніх галузей, у яких доцільно розвивати ідеї психоаналітичної педагогіки, і відповідно в яких сферах сучасної освіти психоаналітична педагогіка себе вичерпала або ж є неефективною. Фахівцям було запропоновано п'ять варіантів відповідей і можливість додати власний коментар. Серед варіантів можна було обрати такі напрями освіти, як дошкільна педагогіка; перевиховання й робота з важкими дітьми; інклюзивна освіта; практична підготовка студентів вищих шкіл та університетів; дидактика (методика викладання різних дисциплін). Найбільш перспективним варіантом, який обрали всі експерти, є практична підготовка студентів вищих шкіл та університетів. При цьому четверо фахівців зазначили, що використання психоаналітичної педагогіки в дошкільній освіті є неперспективним або максимально вивченим.

Шосте питання стосувалося створення альтернативного закладу освіти, який є найкращим прикладом візуалізації ідей психоаналітичної педагогіки. Фахівцям було запропо-

новано вісім варіантів: 1) школа «Маленька співдружність» Г. Лейна (1913); 2) дитячий садок «Баумгартен» З. Бернфельда (1919); 3) педагогічний центр для юних правопорушників А. Айхорна (1919); 4) дитячий будинок-лабораторія «Міжнародна солідарність» І. Єрмакова та В. Шмідт (1921); 5) школа «Саммерхилл» О. Нілла (1921); 6) школа «Хітцинг» Д. Берлінгем та А. Фрейд (1926); 7) орогенічна школа-клініка імені Соні Шенкман, якою керував Б. Беттельхайм (1944); 8) «Зелений дім» Ф. Дольто (1979). Серед запропонованих варіантів жоден не отримав перевагу, адже голоси розподілилися так, що респонденти обрали за зразок варіанти шкіл О. Нілла, а також Д. Берлінгем і А. Фрейд, З. Бернфельда, А. Айхорна, Б. Беттельхайма і до цього ж, на думку С. Андреолі, за успішний досвід реалізації психоаналітичної педагогіки доцільно визначити Тавістокську школу загалом.

Сьоме запитання відкритого типу стосувалося сучасних закладів освіти, у яких розробляються ідеї психоаналітичної педагогіки. За словами Д. Бріцман і Л. Каррари, психоаналітичну педагогіку намагаються розвивати відповідно в університеті Йорк і Центрі освітніх консультацій у м. Перуджа (Італія). Також, за свідченням Н. Берінгер, психоаналітичну педагогіку розвивають у стінах Терапевтичного центру «Остерхоф» (<https://www.therapiezentrum-osterhof.de/>), Протестантського університету Дармштадта та Людвігсбурзького педагогічного університету. На думку ж Ч. Мірмана та С. Андреолі, психоаналітична педагогіка розвивається сьогодні виключно за рахунок ентузіастів, які працюють у вищих школах або приватних освітніх центрах.

Восьме напівзакрите запитання анкети полягало в завершенні речення: «Як Ви вважаєте, психоаналітична педагогіка сьогодні – це, насамперед, ...?». Серед варіантів респонденти могли обрати: 1) самостійний напрям педагогіки та практики виховання; 2) складова частина демократичного та/або вільного виховання; 3) приклад освітньої філософії, який не може бути реалізований на практиці; 4) власний варіант відповіді. За твердженням Д. Бріцман і Ч. Мірмана, психоаналітична педагогіка є самостійним освітнім напрямом, натомість обидва італійські фахівці (Л. Каррара та С. Андреолі) обрали варіант того, що психоаналітична педагогіка є складовою частиною вільного (демократичного) виховання. Натомість Н. Берінгер зазначила, що психоаналітична педагогіка сьогодні нагадує більше теорію взаємозв'язків, залежностей і порозуміння, яка має значний потенціал у різних сферах, адже є частиною освітнього еkleктицизму.

Дев'яте запитання анкети передбачало визначення фундаментального завдання психоаналітичної педагогіки. Експертам було запропоновано п'ять варіантів, зокрема: 1) розкриття талантів через роботу з внутрішніми конфліктами дітей; 2) адаптація дітей з особливими освітніми потребами до оточуючого світу; 3) превентивний вплив на підлітків і делінквентів; 4) робота з біженцями, дітьми війни та жертвами домашнього насилля; 5) організація просвітницької роботи, зокрема проведення тренінгів і курсів для дітей, батьків та вчителів. На переконання трьох експертів, ключовим завданням психоаналітичної педагогіки на сучасному етапі є організація просвітницької роботи, а також розвиток дитячих талантів. Зважаючи на те, що це опитування ми проводили у 2020 році, переконані, що в контексті військових дій Росії в Україні фокус

уваги психоаналітичної педагогіки був би переглянутий відповідно до сучасних викликів.

Наступні три запитання анкети стосувалися технічних прийомів, які фахівці використовують у роботі з дітьми, а також наукових журналів, у яких редакційна політика фокусується на проблемах психоаналітичної педагогіки й сучасних працях, які можуть бути рекомендовані молодим фахівцям для розширення психоаналітико-педагогічної компетенції. За словами Д. Бріцман (Britzman, 2021), у своїй роботі вона звертається до емоційного світу дитини, використовуючи при цьому техніки ігрової діяльності, що були розроблені М. Кляйн. Відповідно журнал, у якому розкриваються різні аспекти психоаналітичної педагогіки, є "Psychoanalysis, Culture & Society", а працею, яка заслуговує на увагу дослідників психоаналітичної педагогіки, є монографія Ш. Фелман (Sh. Felman) «Жак Лакан і пригоди інсайту» (1987). Натомість Л. Каррара зазначив, що у своїй роботі віддає перевагу консультуванню батьків, зокрема через організацію різних семінарів і курсів. На підтвердження цих слів Л. Каррара наводить цитату Дж. Боулбі: «Якщо суспільство дійсно хоче захистити своїх дітей, то починати треба з турботи про батьків». Розвиваючи ідеї селф-психології, Л. Каррара радить прочитати його монографію «Психоаналітична педагогіка самоті: друга спадщина Х. Кохута».

Проведений аналіз реферативних баз засвідчив, що проблема психоаналітичної педагогіки доволі побіжно розкривається в сучасних періодичних виданнях. Найбільш активно, на наш погляд, цю тему намагаються розвивати італійські фахівці. Зокрема, у 2006 р. в Італії було створено Асоціацію психоаналізу освітніх взаємин (APRE), під егідою якої публікувався Міжнародний журнал психоаналізу та освіти (2009–2020), який продовжує видаватися під назвою "International Journal of Psychoanalysis and Education: Subject, Action, & Society" (2021). Крім того, у 2022 р. групою авторів на чолі з Д. Бйондо була опублікована праця «Психоаналіз у школі. Оцінка і запобігання шкільних втрат», у якій автори розкрили свій досвід роботи з дітьми, які полишили навчання в школі та піддалися негативному впливу інших (Psicoanalisi a scuola, 2022).

Висновки. На сучасному етапі розвитку психоаналітична педагогіка продовжує свій поступ, який проявляється в суттєвому зростанні кількості науково-практичних досліджень. Однак, попри велику кількість нових розвідок і розширення предметної мережі використання психоаналізу в освіті, психоаналітична педагогіка все більше нагадує розпорошене нагромадження пазлів, які неможливо з'єднати в єдину картину. Попри це психоаналітико-педагогічні розвідки продовжують наповнювати тематичну базу, знаходячи способи реалізації як у практиці виховання, так і в роботі з дітьми, які потребують особливої уваги (обдаровані, діти з інвалідністю, соціально занедбані діти тощо). Крім того, усе більше уваги фахівців фокусується на важливості розвитку психоаналітичної компетентності батьків і розширенні психоаналітико-педагогічної тематики в планах навчальних програм. Зважаючи на актуальність упровадження курсу психоаналітичної педагогіки, перспективи подальших досліджень вбачаємо у вивченні наявних навчальних програм і розробці такої програми, яка б відповідала на запити сучасного суспільства. Крім того, на особливу увагу заслуговує дослідження розвитку ідей психоаналітичної педагогіки під час Першої та Другої світових воєн.

Список літератури:

- Barande, I., Barande, R. (1982). Psychoanalyse in Frankreich. In: Eicke D (Hrsg) *Psychologie des XX. Jahrhunderts, Tiefenpsychologie, Band. II*. Beltz, Weinheim.
- Bittner, G. (2003). Psychoanalytische Pädagogik – heute? In B. Rathmayr & M. Ralser (Hrsg.), *Zukunft Erziehungswissenschaft. Auffassungen und Neufassungen einer Disziplin im Umbruch*. Innsbruck: studia, 149–159.
- Britzman, D. (2021). *Anticipating Education: Concepts for Imagining Pedagogy with Psychoanalysis*. Stylus Publishing, LLC.

- Psicoanalisi a scuola. Valutare e prevenire la dispersione scolastica (2022). A cura di D. Biondo, R. Patalano, C. Rotondo ed al. Vecchiarelli Editore, 347 p. URL: <https://www.psicoanalisiassociale.it/wp-content/uploads/2022/03/Psicoanalisi-a-scuola.pdf>.
- Trescher, H.-G. (1990). *Theorie und Praxis der Psychoanalytischen Pädagogik*. Mainz: Grünewald.
- Кушнір, Ю.В., Більо, Т.О. (2017). Теоретичні основи психоаналітичної педагогіки в умовах сучасного виховання. *Український педагогічний журнал*, 4, 76–80.
- Нелін, Є.В. (2017). Психоаналітична педагогіка як новітня концепція в освіті постнекласичного суспільства. *Науковий вісник МНУ імені В.О. Сухомлинського. Педагогічні науки: зб. наук. Праць*, 4(59), 263–267.
- Паніотто, В., Харченко, Н. (2017). Методи опитування. Підручник. Київ: Вид. дім «Києво-Могилянська академія», 342 с.
- Петренко, О.Б. (2017). Психоаналітична педагогіка: інновація ХХІ ст. чи історико-педагогічна реконструкція досвіду першої третини ХХ ст. *Інноватика у вихованні*, 6, 53–62.
- Сисоєва, С.О., Кристопчук, Т.Є. (2013). Методологія науково-педагогічних досліджень. Рівне: Волинські береги, 360 с. URL: <https://core.ac.uk/download/pdf/162001669.pdf>.

Анотація. У статті представлено результати емпіричного дослідження поглядів сучасних теоретиків і практиків психоаналізу на проблему розвитку психоаналітичної педагогіки. Розкрито особливості розвитку психоаналітичної педагогіки наприкінці ХХ – початку ХХІ ст. Обґрунтовано три підходи до використання психоаналізу в освітній практиці: критичний, дуальний і комунікативний. Проведено експертну оцінку сучасного стану психоаналітичної педагогіки. Визначення експертів зроблено за формальними критеріями: наявність наукового ступеня та праць із психоаналітичної педагогіки, належність до професійних спільнот, стаж роботи тощо. Встановлено, що психоаналітична педагогіка не була витвором одного фахівця, а виникла внаслідок паралельних розвідок багатьох дослідників, зокрема З. Фрейда, А. Адлера, К. Юнга, Ш. Ференці, О. Пфістера, А. Фрейд, М. Кляйн та ін. Внаслідок цього сучасні фахівці в роботі з дітьми часто використовують еклектичний підхід, тобто поєднують успішні практики різних напрямів психоаналізу. Проаналізовано найбільш перспективні освітні галузі, у яких доцільно розвивати ідеї психоаналітичної педагогіки та відповідно ті сфери сучасної освіти, у яких психоаналітична педагогіка себе вичерпала. Зазначено, що особливої уваги потребує психоаналітико-педагогічна підготовка студентів вищих шкіл, при цьому використання психоаналізу в дошкільній освіті є найменш перспективним з урахування вивченості цієї проблеми. Встановлено, що на сучасному етапі психоаналітична педагогіка продовжує розвиватися, як набір розрізнених методів, а не цілісна система поглядів на навчання та виховання. При цьому статус психоаналітичної педагогіки досі залишається не визначеним. Зроблено висновок, що психоаналітична педагогіка продовжує динамічно розвиватися, однак кількісне збільшення розвідок не призводить до якісних змін. Перспективи подальших досліджень сплановано у вивченні навчальних програм із психоаналітичної педагогіки.

Ключові слова: психоаналітична педагогіка, психоаналіз, теорія виховання, експертна оцінка, опитування.

Abstract. The article presents the findings of an empirical study on the perspectives of contemporary theorists and practitioners of psychoanalysis regarding the evolution of psychoanalytic pedagogy. The characteristics of psychoanalytic pedagogy's development at the end of the 20th and early 21st centuries are unveiled. Three approaches to the integration of psychoanalysis into educational practices are justified: critical, dual, and communicative. An expert evaluation of the current state of psychoanalytic pedagogy is carried out. Experts were chosen based on formal criteria: possessing a scientific degree, contributions to psychoanalytic pedagogy, affiliation with professional communities, work experience, etc. It is established that psychoanalytic pedagogy didn't stem from the work of a single specialist, but rather emerged through parallel research by many investigators, including S. Freud, A. Adler, C. Jung, S. Ferenczi, O. Pfister, A. Freud, M. Klein, and others. As a result, modern practitioners often adopt an eclectic approach, blending successful practices from various psychoanalytic perspectives when working with children. The article scrutinizes the most promising educational domains for the development of psychoanalytic pedagogical concepts, as well as contemporary educational realms where psychoanalytic pedagogy has reached its limits. Notably, the article underscores the need for specialized psychoanalytic-pedagogical training for higher education students, while acknowledging that implementing psychoanalysis in preschool education may be less promising due to existing research saturation. It is determined that in the current stage, psychoanalytic pedagogy continues evolving as a collection of fragmented methods rather than a unified system of educational perspectives. Meanwhile, the definite status of psychoanalytic pedagogy remains undefined. In conclusion, the article posits that psychoanalytic pedagogy maintains dynamic growth, yet quantitative research expansion doesn't necessarily result in qualitative shifts. The prospects for further research are focused on investigating curricula in psychoanalytic pedagogy.

Key words: psychoanalytic pedagogy, psychoanalysis, theory of education, expert assessment, survey.

ПСИХОАНАЛІЗ І ПСИХОАНАЛІТИЧНА ПСИХОТЕРАПІЯ ЯК ДОКАЗОВА ПРАКТИКА: ОГЛЯД ЕМПІРИЧНИХ ДАНИХ ПРО ЕФЕКТИВНІСТЬ РОБОТИ З ДОРОСЛИМИ

Мар'яна Великодна, Ph.D. із психології, доцентка,
кафедра практичної психології,

Криворізький державний педагогічний університет, м. Кривий Ріг, Дніпропетровська обл., Україна,
Дивізіон «Психоаналітична психологія і психотерапія» Національної психологічної асоціації, м. Київ, Україна

PSYCHOANALYSIS AND PSYCHOANALYTIC PSYCHOTHERAPY AS AN EVIDENCE-BASED PRACTICE: A REVIEW OF EMPIRICAL DATA ON THE EFFECTIVENESS OF WORKING WITH ADULTS

Mariana Velykodna, Ph.D. in Psychology, Associate Professor,
Practical Psychology Department,

Kyryvi Rih State Pedagogical University, Kyryvi Rih, Dnipropetrovsk region, Ukraine,
Psychoanalytic Psychology and Psychotherapy Division of the National Psychological Association, Kyiv, Ukraine
<https://orcid.org/0000-0001-6269-793X>
velykodna@kdpu.edu.ua

Вступ. Психоаналіз та різновиди психоаналітичної психотерапії мають значну історію досліджень своєї доказовості, яка охоплює широке коло питань: від оцінки ефективності втручань у випадку окремих симптоматик, проблематик, розладів, вікових та соціальних груп (напр., Amir, Shefler, 2020; De Maat, De Jonghe, Schoevers, Dekker, 2009; Fonagy, 2015; Siefert, van Lent, von Seggern, 2023; Weitkamp et al., 2014; Weitkamp, Daniels, Romer, Wiegand-Grefe, 2017) до емпіричної оцінки окремих чинників, механізмів, явищ, які супроводжують, посилюють чи ускладнюють успішну психоаналітичну роботу (напр., Freedman, Hoffenberg, Vorus, Frosch, 1999; Zimmermann et al., 2015).

Наукові пошукові бази, включаючи наукометричні (як-от Scopus, Web of Science, PubMed), містять сотні публікацій, дослідних звітів і мета-аналізів (переважно англійських) із доказами дієвості та ефективності психоаналітичних втручань на базі рандомізованих контрольованих випробувань, експериментальних та квазіекспериментальних досліджень, виконаних у різноманітних дослідних дизайнах. Втім, вони часто залишаються невідомими українському читачеві з різних причин. Першою варто визнати мовну. До прикладу, науковий пошуковик Google Scholar за словами «психоаналіз» та «ефективність» знаходить лише одну роботу українською (Великодна, 2017). Другою причиною можна припускати певний спротив самих психоаналітичних практиків вивчати цю тему, у тому числі через інтроектований травматичний досвід. Рання історія аналітичного поступу – це історія болісних невизнань психоаналітиків (наприклад, З. Фройда, В. Райха, Ж. Лакана) із боку медиків, психологів та одне одним. Освітні програми, які зосереджують вивчення історії психоаналітичного руху лише на цьому періоді, не торкаючись подальшої інтеграції та визнання психоаналітичної практики, у тому числі як доказової, підтримують уявлення фахівців про ворожий до психоаналізу науковий світ, якому, отже, треба вороже протистояти на випередження. У підсумку психоаналітичні фахівці, які опираються знанням про доказовість своєї практики, не можуть поширити та вкорінити це знання і в суспільстві. На сьогодні в Україні часто можна зустріти контрастну відмінність між психоаналітичними фахівцями й представниками інших підходів у питанні обізнаності в доказовості своєї практики.

Мета статті – зробити огляд емпіричних досліджень, присвячених питанню ефективності психоаналізу та психоаналітичних психотерапій у роботі з дорослими.

Аналіз актуальних досліджень. Наукова література має чимало робіт, присвячених огляду й мета-аналізу

даних про дієвість та ефективність психоаналізу й психоаналітичної психотерапії, включаючи систематизації досліджень та мета-аналізів у вигляді монографій (напр., Kächele, Krause, Jones, Perron, 2002; Leuzinger-Bohleber, Solms, Arnold, 2020; Levy, Ablon, 2009; Levy, Ablon, Kächele, 2011). Цінність таких робіт полягає не лише в тому, що вони відображають реальний стан справ, наскільки психоаналітичні втручання є успішними в роботі з різними групами та симптоматиками, але й у визначенні кола питань, де доказів ефективності недостатньо (напр., Stefana et al., 2022). Це дозволяє дослідникам розпізнати «сліпі плями» в уявленнях про ефективність психоаналітичних втручань і те, що її забезпечує, та спланувати подальші розвідки. Практики ж можуть виважено пропонувати чи не пропонувати психоаналіз та психоаналітичну психотерапію, враховуючи межі відомого та зважаючи на співвідношення користі й ризику для певного пацієнта.

У тексті нижче використане поняття «дієвість» (efficacy) у значенні ефекту психотерапії, вимірюваного в ідеальних умовах шляхом рандомізованого контрольованого випробування, а «ефективність» (effectiveness) – у значенні ефекту психотерапії, визначеного у звичайному клінічному сетингу або в певному особливому контексті за допомогою різних експериментальних та квазіекспериментальних досліджень (Kalita, Chrzan-Dętkoś, 2017).

Матеріалами цього дослідження стали опубліковані рецензовані наукові роботи, розміщені в реферативних базах Scopus, Web of Science та PubMed, а також у наукових соціальних мережах ResearchGate і Academia. Відбір робіт відбувався за пошуковими словами “psychoanalysis”, “psychoanalytic psychotherapy”, “psychodynamic psychotherapy”, вжитими в поєднанні з “efficacy” та “effectiveness”. Після первинного пошуку з масиву робіт було вилучено дублі, а серед робіт, які присвячено одній і тій самій темі та отримано подібні докази, обрано новіші роботи. Крім того, до аналізу було додано кілька непересічних робіт, на які посилалися автори статей та книг, знайдених через пошукові системи в першому раунді. У підсумку до аналізу було взято 50 робіт. Використаний метод аналізу – наративний огляд даних. Отримані матеріали в подальшому було згруповано таким чином:

- 1) доведена дієвість психоаналізу й психоаналітичної психотерапії;
- 2) доведена ефективність психоаналізу та психоаналітичної психотерапії;
- 3) попередні дані про ефективність психоаналізу та психоаналітичної психотерапії, які потребують додаткових доказів;

- 4) доведена неефективність або низька ефективність;
- 5) внутрішня конкурентність психоаналізу та психоаналітичної психотерапії.

Доведена дієвість психоаналізу та психоаналітичної психотерапії. Огляд 22 рандомізованих контрольованих випробувань дієвості коротко- і середньотривалої психоаналітичної терапії (від 8 до 46 сеансів), опублікованих із 1960 по 2004 роки, виконаний Leichsenring (2005), показав, що психоаналітична терапія дієвіша за відсутність втручань або звичайне медичне лікування, а довша форма дієвіша за коротку. Контрольні групи, із якими відбувалося порівняння ефективності психоаналітичної терапії в розглянутих дослідженнях, проходили поведінкову, когнітивну, когнітивно-поведінкову, когнітивно-аналітичну, сімейну, гіпнотичну, підтримуючу, інтерперсональну групову терапію, наркологічне чи дієтологічне консультування, звичайне лікування або перебували в списку очікування. Серед 22 досліджень 4 оцінювали дієвість при депресивних розладах, 1 – при тривожних розладах, 2 – при межових розладах, 1 – при ПТСР, 4 – при соматоформних розладах, 4 – при адикціях, 3 – при нервовій булемії та 2 – при анорексії, 1 – при розладах особистості класу С. Так, у п'яти дослідженнях було зафіксовано, що короткотривала психоаналітична та когнітивно-поведінкова терапія виявилася однаково ефективними в зниженні симптомів *депресії*, загальних *психіатричних симптомів* і *соціального функціонування*. Психодинамічна психотерапія середньої тривалості в 36 сеансів виявилася такою ж ефективною, як і когнітивно-поведінкова, у лікуванні *соціофобії* (Bögels et al., 2003). У дослідженні Brom, Kleber та Defares (1989) вивчалась ефективність короткотривалої психодинамічної психотерапії, поведінкової терапії (за методом десенсибілізації травми) і гіпнотерапії в роботі з пацієнтами з *посттравматичним стресовим розладом* (ПТСР). Короткотривала психодинамічна психотерапія виявилася такою ж ефективною щодо зменшення симптомів, пов'язаних із травмою, як і десенсибілізація травми. Усі три види терапії мали кращий результат, ніж контрольна група в списку очікування. Результати короткотривалої психодинамічної психотерапії не тільки зберігалися, але й продовжували покращуватися під час 3-місячного спостереження. Короткотривала психоаналітична психотерапія на додачу до стандартного медикаментозного лікування виявилася ефективною у двох третин пацієнтів із *синдромом подразненого кишківника*, яким не допомогло стандартне медикаментозне лікування протягом попередніх 6 місяців (Guthrie, Creed, Dawson, Tomenson, 1991). За іншими даними короткотривала психодинамічна психотерапія була значно ефективнішою, ніж звичайне лікування, і такою ж ефективною, як лікування пароксетином важкого синдрому подразненого кишківника (Creed et al., 2003). Протягом посттерапевтичного періоду саме психодинамічна психотерапія, але не пароксетин, асоціювалась зі значним зниженням витрат на здоров'я порівняно зі звичайним лікуванням. У рандомізованому контрольованому випробуванні Hamilton et al. (2000) порівнювали короткотривалу психоаналітичну інтерперсональну психотерапію з підтримуючою при лікуванні пацієнтів із *хронічною невиліковною функціональною диспепсією*, які не реагували на звичайне фармакологічне лікування. Уже наприкінці лікування короткотривала психоаналітична психотерапія була значно ефективнішою, ніж терапія в контрольній групі, за оцінкою як гастроентерологів, так і пацієнтів, і цей ефект був стабільним протягом 12 місяців подальшого спостереження. Monsen і Monsen (2000) порівняли психодинамічну психотерапію середньої тривалості в 33 сеанси з контрольними групами без лікування або звичайним медичним лікуванням пацієнтів із *хронічним болем*. Короткотривала психоаналітична психотерапія значно перевершила контрольну групу за показниками болю, психічних симптомів, міжособистісних проблем і впливу болю на свідомість,

а під час спостережень упродовж 12 місяців результати не лише збереглися, але й покращилися. Значних та стабільних покращень у лікуванні *нервової булемії* (зменшення булімічних епізодів, самоіндукованої блювоти) було досягнуто в дослідженнях Fairburn et al. (1995) і Garner et al. (1993), де короткотривала психоаналітична психотерапія виявилася такою ж ефективною, як і когнітивно-поведінкова. Dare та колеги (2001) порівнювали психодинамічну психотерапію середньої тривалості (середнє значення 24,9 сеансів) з когнітивно-аналітичною терапією, сімейною терапією та класичним лікуванням *нервової анорексії*. Психодинамічна психотерапія та сімейна терапія значно перевершили інші втручання та контрольну групу. Munroe-Blum і Marziali (1995) порівнювали короткотривалу психоаналітичну психотерапію з інтерперсональною груповою терапією при лікуванні пацієнтів із *межовим розладом особистості*. Обидві терапії виявились ефективними в покращенні показників межових симптомів, загальних психіатричних симптомів і депресії. Bateman та Fonagy (1999) вивчали вплив психоаналітичної психотерапії під час часткової госпіталізації (до 18 місяців) на пацієнтів із *межовим розладом особистості* порівняно з класичним психіатричним лікуванням, та виявили, що вона значно перевершила стандартну психіатричну допомогу як наприкінці терапії, так і після 18-місячного спостереження (Bateman, Fonagy, 2001). У дослідженні Svartberg та колег (2004) і психодинамічна психотерапія, і когнітивно-поведінкова терапія тривалістю в 40 щотижневих сеансів дали значні покращення в пацієнтів із *розладами особистості класу С DSM-IV* (тобто унікальним розладом особистості, обсессивно-компульсивним або залежним), причому результати були стабільними через 24 місяці спостереження й не мали істотних відмінностей між групами. У питанні роботи з *адикціями* дані виявились пов'язаними з видом залежності. При опіатній залежності психоаналітична й когнітивно-поведінкова психотерапія досягли однаково великого та стабільного успіху (Woody, 1995), при кокаїновій виявились однаково неефективними (Crits-Christoph et al., 2001), а при алкогольній – психоаналітична психотерапія перевершила когнітивно-поведінкову (Sandahl, Herlitz, Ahlin, Rönnberg, 1998).

Рандомізоване контрольоване випробування дієвості психодинамічної терапії в порівнянні зі звичайною первинною медичною допомогою, недирективним консультуванням та когнітивно-поведінковою терапією у випадку *післяпологової депресії* представили Cooreg, Mugaу, Wilson та Romaniuk (2003). Жінки (n=193) проходили один із видів лікування впродовж 4,5 місяців. Дослідники вимірювали ефекти психотерапії на момент її завершення, а також у посттерапевтичний період: 9, 18 та 60 місяців. Усі види терапевтичних втручань досягли суттєвого успіху на момент завершення, однак тільки психодинамічна психотерапія істотно знизила рівень післяпологової депресії. Втім, жодне із втручань не показало пролонгованого ефекту в наступних вимірюваннях.

Milrod та співавтори (2007) опублікували результати рандомізованого контрольованого випробування дієвості психоаналітичної психотерапії в порівнянні з релаксативним тренінгом на невеликій вибірці осіб із *панічним розладом* (n=49). Психоаналітична психотерапія двічі на тиждень упродовж 12 тижнів показала більшу ефективність у порівнянні з контрольною групою (сильний ефект у 73% проти 39% випадків).

Bressi та колеги (2010) представили дані рандомізованого контрольованого випробування ефективності короткотривалої психодинамічної психотерапії для осіб із *триповожним або депресивним розладом* порівняно з групою звичайного медичного лікування. Через 12 місяців пацієнти, які проходили психотерапію, мали доведене поліпшення в порівнянні з контрольною групою за оцінками загального покращення та міжособистісних стосунків.

Короткотривала психоаналітична психотерапія виявилась дієвою в роботі з жінками із *депресивним розладом та раком молочної залози* ($n=78$) порівняно до групи, яка проходила класичне медичне лікування ($n=79$): 44% успіху психотерапії проти 23% у контрольній групі (Beutel, 2014). Більше того, серед усіх вимірюваних чинників саме психоаналітична психотерапія виявилась найсильнішим предиктором досягнення ремісії на рівні статистичної довіри $p<0,01$. Додатковий позитивний ефект терапії було відзначено на низці показників: рівні якості життя, рольового, емоційного та соціального функціонування, болю, побічних ефектів лікування, симптомів грудей і смутку через втрату волосся.

Рандомізоване контрольоване випробування довготривалої психоаналітичної психотерапії, яка супроводжувала звичайне медичне лікування, у порівнянні з тільки звичайним лікуванням провели у 2015 році Fonagy та колеги (2015). Вибірку склали особи з *депресією* ($n=129$), яким не допомогло інше лікування в мінімум двох методах. Пацієнтів оцінювали на початку та кожні 6 місяців під час 18-місячної психотерапії, а також на 24-му, 30-му та 42-му місяці, коли втручання вже було завершено. Діагностика включала Шкалу оцінки депресії Гамільтона (HDRS-17), Опитувальник депресії Бека, Глобальну оцінку функціонування, Вимірювання клінічного результату й Опитувальник якості радості та задоволення від життя. Змінною, на яку спиралися в оцінці ефективності психотерапії, був показник HDRS-17: менший чи рівний 8, він розцінювався як «повна ремісія», а менший чи рівний 12 – як «часткова ремісія». По-перше, пацієнти, які проходили медичне лікування разом із психотерапією, мали виразніше зниження показників депресії та покращення соціального пристосування. По-друге, результати показали, що досягнення повної ремісії на момент завершення втручання було нечастим в обох групах (9,4% випадків з групи психотерапії та 6,5% у контрольній групі), однак на 42-му місяці цей показник змінився до 14,9% та 4,4%. Якщо ж говорити про часткову ремісію, що вона на момент завершення психотерапії була незначно вища за контрольну групу (32,1% проти 23,9% випадків), але значно відрізнялась у подальших пробах: на 24 місяці – 38,8% проти 19,2%, $p<0,05$; у 30 місяців – 34,7% проти 12,2% ($p<0,01$); на 42 місяці – 30,0% проти 4,4% випадків у контрольній групі ($p<0,001$). Отже, психоаналітична психотерапія вплинула на підтримку довготривалих результатів медичного лікування пацієнтів із депресією.

Хіе та колеги (2015) представили дані мета-аналізу 12 рандомізованих контрольованих випробувань короткотривалої психодинамічної та когнітивно-поведінкової терапії *депресії на фоні хвороби Паркінсона* в Китаї. Автори дійшли висновку, що обидва види терапії суттєво покращили показники депресії в пацієнтів за 6 тижнів. У порівнянні між групами психодинамічна психотерапія виявилась більш дієвою за когнітивно-поведінкову. Цей результат автори коментують також власним відкриттям, що на вибірці з Китаю короткотривалі види психотерапії виявились більш ефективними, ніж це задокументовано в США.

Найбільш суворий критеріальний мета-аналіз досліджень дієвості психоаналітичної та психодинамічної психотерапії, опублікований у 2023 році (Leichsenring et al., 2023), відібрав лише 11 рандомізованих контрольованих випробувань, які мали достатньо високий ступінь довіри. Аналіз цих даних показав, що психодинамічні види терапії (а) є дієвими, (б) є приблизно такими ж дієвими, як інші терапії (найчастіше порівняння – із КПТ) та (в) високо рекомендовані при депресивних, тривожних, особистісних та соматичних розладах.

Доведена ефективність психоаналізу та психоаналітичної психотерапії. У 2009 році група дослідників у складі De Maat, De Jonghe, Schoevers та Dekker (2009)

опублікувала систематичний огляд результатів когортних досліджень (тобто таких, які використовують порівняння двох чи більше груп, однак розподіл не був рандомізованим) ефективності психоаналізу та довготривалої психоаналітичної терапії, опублікованих із 1970 року по травень 2007 року. Серед знайдених 742 досліджень було відібрано 27 робіт, які відповідали високим критеріям наукової достовірності. Роботи, виконані на вибірках соматично хворих пацієнтів, були вилучені. Відібрані 27 досліджень були розподілені на групи за використанням методом (психоаналіз чи психоаналітична психотерапія) та ступенем патології пацієнтів – (1) помірної чи змішаної та (2) сильної. Автори проаналізували й описали кожне дослідження за типом дослідного дизайну, характером і конкретною психопатологією в пацієнтів вибірки, тривалістю втручання (п сесій), джерелами оцінки (пацієнт, психотерапевт, спостерігач або інше джерело), інструментами вимірювання та часом, коли воно проводилось: до, під час, одразу після чи по якомусь часі після психотерапії. Крім того, було окремо вивчено розміри ефектів у питанні зниження вираження симптомів та особистісних змін. Узагальнюючи отримані дані та розрахувавши зважені розміри ефекту, автори доводять, що при помірній або змішаній психопатології психоаналіз досяг високих показників розміру ефекту (0,87 на момент завершення втручання та 1,18 при подальшому спостереженні в середньому через 2,6 років). При цьому одразу після проходження психоаналізу високі показники успіху мало 50% пацієнтів (37,5% – середні, 12,5% – низькі), а в подальшому спостереженні високого успіху було досягнуто у 80% випадків (0% – середнього, 20% – низького). Схожим чином довготривала психоаналітична психотерапія при помірній та змішаній патології мала високі показники розміру ефекту (0,78 при завершенні та 0,94 при подальшому спостереженні в середньому через 3,2 роки) у такому розподілі: 65% випадків мали високі показники успішності, 21% – середні та 14% – низькі одразу по закінченні психотерапії; а при подальшому спостереженні 69% мали високий, 6% середній та 25% низький рівні. Щодо тяжкої особистісної психопатології, то робіт з оцінки ефекту психоаналізу не було виявлено авторами (De Maat, De Jonghe, Schoevers та Dekker, 2009), однак ними були проаналізовані дослідження з довготривалої психоаналітичної психотерапії. Так, було встановлено, що довготривала психоаналітична психотерапія при тяжкій патології мала високі показники розміру ефекту (0,94 при завершенні та 1,02 при подальшому спостереженні в середньому через 5,2 роки) у такому розподілі: 46% випадків мали високі показники успішності, 27% – середні та 27% – низькі одразу по закінченні психотерапії; а при подальшому спостереженні 56% мали високий, 33% середній та 11% низький рівні.

Zimmermann та колеги (2014) провели когортне дослідження з оцінкою рівня депресії, міжособистісних проблем та інтроєктних зв'язків (любов до себе / атакування себе, самоємасипація / самоконтроль) до терапії, одразу після та через 1, 2 і 3 роки в пацієнтів ($n=77$ осіб) із *великим депресивним розладом* та не нижче 16 балів за Шкалою депресії Бека. 27 осіб проходили довготривалу психоаналітичну терапію (від 160 до 240 сесій 2–3 рази на тиждень на кушетці), 26 осіб – психодинамічну терапію (від 50 до 80 сесій, 1 раз на тиждень у кріслі), 24 особи – когнітивно-поведінкову терапію (від 45 до 60 сесій, 1 раз на тиждень). Автори окремо рахували вплив кількості сесій («порції» терапії) та вплив «психоаналітичності» техніки, маючи на увазі, що найвищу психоаналітичність має психоаналітична психотерапія, середню – психодинамічна, а когнітивно-поведінкова – нульову. У підсумку виявилось, що чим більшу «порцію» терапії отримували пацієнти, тим більш значним був результат психотерапії в посттерапевтичних замірах (особливо через 2 та 3 роки після завершення). Застосування саме психоаналітичної

техніки також показало значущий вплив на вищу ефективність психотерапії через 3 роки після її завершення. Пацієнти, які пройшли психоаналітичну терапію, мали істотно менше міжособистісних проблем, ставилися до себе більш дружньо безпосередньо після психотерапії та мали тенденцію до більшого покращення показників депресії та міжособистісних проблем під час подальшого спостереження порівняно з пацієнтами, які пройшли психодинамічну чи когнітивно-поведінкову терапію.

Bastos, Guimaraes та Trentini (2015) представили дані рандомізованого когортного дослідження у звичайних клінічних умовах упродовж двох років на вибірці 272 пацієнтів із *depressio* (вік 26–34 роки). Одна група пацієнтів проходила довготривалу психоаналітичну психотерапію 1 раз на тиждень, друга приймала антидепресант флуоксетин, а третя проходила комбіноване лікування та психотерапію з флуоксетином. Усі групи досягли значних покращень по завершенні дворічного періоду. Однак група, яка проходила лише психоаналітичну психотерапію, та група комбінованого лікування досягли однакового ефекту й перевищили показники групи, яка лише приймала флуоксетин.

Квазіекспериментальне дослідження, виконане Кнект та колегами (2011), порівнювало ефективність психоаналізу, довготривалої та короткотривалої психодинамічної психотерапії та терапії, фокусованої на рішенні. У фокусі дослідження були *психіатричні симптоми*, працездатність та функціональна спроможність. 457 пацієнтів розпочали різні психотерапії та їх моніторили впродовж 5 років після початку: 47 осіб проходили психоаналіз (тривалістю 5 років), 97 – терапію, фокусовану на рішенні, 101 – короткотривалу психодинамічну терапію, 128 – довготривалу психодинамічну терапію. Автори встановили, що зменшення вираженості психіатричних симптомів і покращення працездатності та функціональної спроможності було відмічено в усіх групах лікування протягом 5-річного спостереження. Короткострокова психодинамічна терапія була більш ефективною, ніж психоаналіз, протягом першого року, тоді як довгострокова терапія була більш ефективною після 3 років спостереження. Психоаналіз виявився найнеефективнішим через 5 років після початку всіх видів психотерапії, що також збіглося із завершенням психоаналізу. Відтак дослідники дійшли висновку, що психотерапія дає швидші переваги, ніж психоаналіз, але в довгостроковій перспективі психоаналіз є більш ефективним.

Узагальнення даних ефективності психоаналітичних втручань, виконане Fonagy (2015), дозволило йому дійти кількох висновків. По-перше, психоаналітична психотерапія є помічною для багатьох осіб із депресією, деякими формами тривоги, розладами харчової поведінки та соматичними проблемами. По-друге, особам із комплексними розладами, де тяжкість порушення виражена в поєднанні основного синдрому з іншою психопатологією, в принципі показана модель тривалих втручань (1 рік і довше). По-третє, за підсумками досліджень, де психоаналітичні психотерапії перевершили інші методи, все ж некоректно говорити про психоаналітичну терапію як про кращу за інші, оскільки багато залежить від підготовки фахівців та інших умов, включаючи бажання персоналу досягти успіху в роботі з певними пацієнтами.

Огляд більш сучасних емпіричних досліджень, присвячених ефективності психодинамічної психотерапії при *ПТСР* (на додачу до дослідження Brom та колег, 1989, наведеного вище) показав, що досліджень із цієї теми все ще вкрай мало, однак вони доводять високу ефективність психоаналітичних втручань (Becker, Paixão & Quartilho, 2022). До прикладу, у цитованому авторами дослідженні (Levi, Bar-Haim, Kreiss & Fruchter, 2015) встановлено, що когнітивно-поведінкова терапія та психодинамічна терапія не мали значущих розбіжностей у рівні ефек-

тивності. На момент завершення терапії 35% пацієнтів, які проходили КПТ, увійшли в стан ремісії, тоді як серед пацієнтів психодинамічної терапії ремісію мали 45% пацієнтів. Однак оцінка цих же пацієнтів через 8–12 місяців по закінченні терапії показала ремісію в 33% та 36% осіб відповідно. Becker, Paixão та Quartilho (2022) відзначають, що низький вжиток психоаналітичних терапій при *ПТСР* пов'язаний скоріше з тим, що психодинамічні підходи відносять до довготривалих, і це стає вирішальним моментом у виборі рекомендованого методу, наприклад, при формуванні порадників для роботи з *ПТСР* у закладах охорони здоров'я (див., наприклад, Соченко, Габінська, 2017). При цьому ігнорується більш довгостроковий ефект від психоаналітичної терапії, підтверджений низькою досліджень, наведений у тексті цієї статті. Крім того, важливо врахувати, що при розвитку комплексного посттравматичного стресового розладу (*КПТСР*) саме психодинамічні техніки дозволяють обійти пригнічувальну / дисоціативну реакцію пацієнтів на травматичний матеріал, що робило непрактичними інші види терапії (Henley, 2023).

Когортне дослідження Amir та Shefler (2020) показало високу ефективність інтенсивної довготривалої психоаналітичної психотерапії (3 роки й довше), проведеної в закладах охорони здоров'я з *пацієнтами, яким не допомагали інші варіанти лікування*. Проект був відкритим до пацієнтів незалежно від складності діагнозу, тому включав також психотичних пацієнтів і осіб із різними особистісними розладами; головною була згода на інтенсивне та тривале лікування. Експериментальна група учасників проекту ($n=18$) порівнювалась із контрольною групою ($n=31$), підбраною з когорти пацієнтів закладів охорони здоров'я, які мали схожу симптоматику та соціодемографічний профіль. Порівняння включало оцінку учасників за Опитувальником результатів, Чек-листом симптомів (SCL-90) та Шкалою депресії Бека на початку терапії та кожні 6 місяців. Так, у підсумку було виявлено, що за SCL-90 відбулося суттєве зниження загальних балів вираженості симптоматики та за шкалами психозу, параної, обесивності й міжособистісних стосунків на кінець трирічного періоду. Подібним чином істотно знизився рівень депресії та покращився загальний отриманий результат. Це дослідження також показало, що в усіх вимірюваних показниках пацієнти мали погіршення через рік після початку лікування, але після цього погіршення далі відбувалося значне покращення. Цей момент автори прокоментували як можливу ознаку регресії, за якою розпочалось пропрацювання й зміна захистів. Найбільш приголомшливим результатом став підрахунок днів, які ці пацієнти проводили, будучи госпіталізованими в лікарню, до та після проходження психоаналітичної терапії. До терапії в середньому йшлося про 75,5 днів на рік, а впродовж 5 років після початку терапії – лише про 1,22 дні.

Ці доволі сучасні публікації дають підстави згадати давніше квазірандомізоване дослідження, виконане Dührssen і Jorswieck (1965). Автори вивчали кількість днів, проведених пацієнтами у психіатричній лікарні, порівнюючи 5-річний період до та після психоаналітичної терапії на матеріалі даних великої страхової компанії (Allgemeine Ortskrankenkasse, AOK). Із цих даних автори відібрали випадкову вибірку пацієнтів ($n=125$), які проходили психоаналітичну терапію, і порівняли їх із випадковою вибіркою пацієнтів, які не отримували психоаналітичного лікування ($n=100$). Результати порівняння показали, що пацієнти, які проходили психоаналітичну терапію, провели в лікарні значно менше днів порівняно з вибіркою пацієнтів, які не отримували психоаналітичного лікування (розмір ефекту 0,78). Відтак, психоаналітична терапія призвела до зниження витрат на медичні послуги.

Наявні також дослідження з оцінкою ефективності, виконані щодо дистанційних психоаналітичних втручань. Так, Gordon, Wang, та Tune (2015) представили дані опи-

тування 94 пацієнтів із Китаю, які проходили свій тренінговий аналіз дистанційно. А через 2 роки Gordon (2017) опублікував результати опитування 97 пацієнтів, які проходили аналіз наживо в першій опитаній групі. Відтак, дві групи пацієнтів із Китаю вдалося порівняти між собою. Обидві групи проходили аналіз у середньому тричі на тиждень. Було виявлено, що загальна ефективність психоаналізу, веденого онлайн, була лише не набагато нижчою за психоаналіз наживо. Те, чи відчували опитані пацієнти теплоту, мудрість, емпатійність та майстерність терапевтів, було більш важливим чинником ефективності, ніж формат наживо чи онлайн.

Попередні дані про ефективність психоаналізу та психоаналітичної психотерапії, які потребують додаткових доказів. Stefana та співавтори (2022) опублікували систематичний огляд робіт, присвячених ефективності психоаналітичної психотерапії при біполярному розладі особистості. Вони встановили, що наразі немає достатніх кількісних досліджень на великих вибірках, у рандомізованому контрольованому чи квазіекспериментальному дизайні на підтвердження чи спростування ефективності психоаналітичної роботи з біполярним пацієнтом. Однак автори виявили 21 статтю з детальним описом 26 випадків такої роботи (із них 12 ще тривали, а 14 були завершені) та звітами психоаналітичних психотерапевтів про неї. Усі пацієнти (віком 20–50 років) мали діагностований біполярний розлад і проходили або завершили психоаналіз від 0,5 до 15 років. В 11 випадках (42%) терапія знизила рівень депресивних та маніакальних симптомів, а в 7 із цих 11 – досягла покращень у просоціальному й робочому функціонуванні. Ще 7 випадків повідомили про покращення в функціонуванні без коментарів стосовно змін у настрої. Лише 2 випадки з 14 завершених повідомляли про відсутність прогресу в настрої та функціонуванні. Серед 13 пацієнтів, які мали попередній досвід психіатричних госпіталізацій, 6 уже не потребували госпіталізацій під час терапії, ще 6 зменшили кількість і тривалість госпіталізацій, і лише 1 випадок не мав змін. У п'яти випадках пацієнти стали більш прихильними до супутньої медикаментозної терапії, чотири потребували зменшення дозувань, та 1 особа вже не потребувала ліків. Крім того, психоаналітична терапія посприяла зникненню або зменшенню суїцидальних думок та самопошкоджень. Близько третини психоаналітичних психотерапевтів вважали медикаментозне лікування ключовим чинником успіху терапії з біполярним пацієнтом.

Shepherd, та Beail (2017) також вказують на брак доказів щодо ефективності психоаналітичних втручань при інтелектуальних і розвиткових порушеннях у дорослих. Автори провели систематичний огляд робіт із цієї теми та дійшли висновку, що хоча дослідники часто повідомляють про успіх психоаналітичних втручань, наразі бракує як рандомізованих контрольованих випробувань, так і когортних чи до-після досліджень, які підтвердили б або спростували це статистично.

Доведена неефективність або низька ефективність. Мета-аналіз 12 рандомізованих контрольованих досліджень із теми ефективності психоаналітичної чи психодинамічної психотерапії в роботі зі зниження суїцидальних спроб та самопошкоджень, виконаний Briggs та колегами (2019), показав неоднозначні або короткотривалі результати. З одного боку, психоаналітична психотерапія виявилась ефективнішою за звичайне лікування в зниженні кількості пацієнтів, які продовжували вчиняти суїцидальні спроби. Цей результат тривав також через 12 місяців по закінченні лікування, що було засвідчене в трьох незалежних дослідженнях. Однак у інших роботах було вказано, що в пацієнтів не відбулося зниження кількості суїцидальних спроб, у тому числі через 12 місяців після психотерапії. Щодо самопошкоджень, ефект психодинамічної психотерапії виявився нетривалим. Через 6 місяців

було виявлено значуще зниження кількості пацієнтів, які вчиняли самопошкодження, але вже в 12 місяців цей ефект повністю зникав. І жодного ефекту не було засвідчено щодо кількості епізодів самопошкоджень. Додатково було виявлено, що психоаналітична психотерапія не вплинула на рівень депресії та тривоги цих пацієнтів.

Невтішні результати рандомізованого контрольованого випробування опублікували також Barber та співавтори (2011). Для організації дослідження пацієнтів із діагностованим великим депресивним розладом та рівнем депресії від 17 балів і вище за Шкалою оцінки депресії Гамільтона ($n=156$) розподілили у дві експериментальні та одну контрольну групу. Перша експериментальна група отримувала підтримуючо-експресивну психоаналітичну психотерапію, друга отримувала медикаментозне лікування депресії, у той час як контрольна група отримувала плацебо у формі пігулок. По закінченні 16 тижнів пацієнти всіх трьох груп досягли успіху в лікуванні, який відрізнявся несуттєво. Чоловіки з когорти національних меншин досягли більших покращень завдяки психотерапії, білі чоловіки отримали більший ефект від плацебо, а білі жінки – від медикаментів. Жінки з групи національних меншин не виявили специфічних відповідей на конкретний вид лікування. Втім, для аналізу цього результату в контексті ефективності психоаналітичної психотерапії слід врахувати, що було використано нетипове поєднання короткотривалого втручання та змішаної техніки (підтримувальної та експресивної), розробленої для тривалих психоаналітичних процесів.

Smit та колеги (2012) представили дані мета-аналізу 11 рандомізованих та квазірандомізованих контрольованих досліджень ефективності довготривалої психоаналітичної психотерапії (від 50 сеансів і довше), відібраних із 4107 публікацій із цієї теми, наявних у наукометричних базах із початку їхнього заснування до 2011 року. Усі дослідження були виконані на вибірках пацієнтів, які мали діагностовані *психічні порушення*. Автори відзначили велику різницю в показниках, отриманих різними дослідниками, та розраховували загальну ефективність довготривалої психоаналітичної психотерапії за показниками: *шанс на повне одужання* 0,00 (розподіл від –0,17 до 0,17), *покращення цільових проблем* –0,05 (розподіл між –0,55 та 0,46), *загальні психіатричні симптоми* 0,69 (від –0,19 до 1,57), *особистісна патологія* 0,17 (від –0,25 до 0,59), *соціальне функціонування* 0,20 (від –0,10 до 0,50), *загальна ефективність* 0,33 (від –0,31 до 0,96), *якість життя* –0,37 (від –0,78 до 0,04). Самі автори коментують ці результати як такі, що можуть тлумачитися або як свідчення обмеження довготривалої психоаналітичної психотерапії в роботі з пацієнтами з психічними порушеннями, або як те, що наявні дані дуже суперечливі. У будь-якому разі подальші розвідки є необхідними.

Що працює краще: психоаналіз чи психоаналітична психотерапія? Дослідження, які порівнюють психоаналіз та психоаналітичну психотерапію, відзначають, що психоаналіз є доведено ефективнішим відносно підвищення рівня якості життя, однак і дорожчим за психоаналітичну психотерапію (Berghout, Zevalkink, Hakkaart-van Roijen, 2010). Втім, Lindfors та колеги (2019) показали, що порівняльна ефективність психоаналізу та психоаналітичної психотерапії залежить від часу. У своєму когортному дослідженні вони порівнювали ефективність психоаналізу та довготривалої психоаналітичної психотерапії щодо особистісних змін та соціального функціонування протягом 10 років спостереження від початку лікування. 41 пацієнт проходив психоаналіз та 128 пацієнтів проходили довготривалу психоаналітичну психотерапію. Вік учасників обох груп був 20–45 років, усі вони мали тривожність або розлади настрою. Успіх втручань оцінювали за допомогою десяти стандартизованих методів дослідження особистості та соціального функціонування, які проводили 5–9 разів під час

спостереження. Розраховані дані показали меншу користь від психоаналізу порівняно з психоаналітичною психотерапією протягом перших років спостереження та більшу користь у подальшому. Так, більш виражене покращення після проходження психоаналізу, ніж довготривалої психоаналітичної психотерапії, спостерігалось протягом 1–2 років після завершення втручань у *більш зрілому стилі захистів, рівні організації особистості, більш позитивній самооцінці, більшому покращенні соціальної адаптації та відчутті загодженості*. Однак через 10 років спостереження відмінності були незначними. У підсумку автори зазначили, що психоаналіз може дати деякі додаткові переваги, коли довгострокові цілі пов'язані з особистісними змінами та соціальним функціонуванням.

Rudolf, Manz та Öri (1994) порівнювали результати психоаналітичної терапії, психодинамічної терапії середньої тривалості та психодинамічного стаціонарного лікування за симптомами психіатричних діагнозів і тяжкості розладу. Так, 76% пацієнтів, які проходили психоаналітичну терапію, мали клінічно значуще покращення стану проти лише 55% пацієнтів, які отримували психодинамічну терапію, і 50% пацієнтів, які отримували психодинамічне стаціонарне лікування. Через 10 років Rudolf та колеги (2004) повторили своє попереднє дослідження, виявивши, що психоаналітична терапія значно ефективніша, ніж психодинамічна терапія середньої тривалості, особливо в питанні структурних змін особистості.

Sandell et al. (2001) вивчали вплив психоаналітичної терапії та тривалої психодинамічної терапії в однорідних когортах і виявили, що за тих самих базових умов психоаналітична терапія досягла більшого розміру ефекту (1,55 проти 0,60) у зменшенні вираженості симптомів. Ефект психоаналітичної терапії збільшувався протягом першого та другого року після припинення терапії приблизно на третину; на противагу цьому за цей самий період ефекти тривалої психодинамічної терапії дещо зменшилися (Sandell, 1999). Важливим результатом стало також те, що через три роки після припинення терапії понад 70% пацієнтів, які проходили психоаналітичну терапію, та 55% пацієнтів, які проходили психодинамічну терапію, більше не вважалися клінічними випадками.

Важливий внесок у розуміння того, на чому ґрунтується ефективність психоаналітичної психотерапії, зробили Freedman, Hoffenberg, Vorus та Frosch (1999). У їхньому дослідженні 99 пацієнтів були опитані по завершенні психоаналітичної терапії, за результатами чого було проведено факторний аналіз ключових проблематик пацієнта, проаналізовано опитувальники для оцінки ефективності терапії (EQ, ES), а також проведено оцінку кореляцій ефективності з частотою та тривалістю психоаналітичного терапевтичного втручання. Отримані результати показали, що: 1) ефективність психоаналітичної психотерапії прямо залежить від тривалості та частоти зустрічей;

2) відбувається додатковий приріст ефективності психоаналітичної психотерапії з 6 по 24 місяці; 3) підтверджено значний приріст ефективності при частоті 2–3 сесії на тиждень у порівнянні з 1 сесією; 4) ефективність підтримується переживанням позитивних стосунків із психотерапевтом; 5) існує взаємозв'язок між клінічним синдромом та умовами терапії, які роблять її ефективною. Щодо останнього пункту автори встановили, що при тривожній проблематиці та порушенні харчової поведінки більш важливою є частота зустрічей, ніж загальна тривалість. Однак при стресовій проблематиці та проблемах сімейної дезорганізації ефективність психотерапії залежить від її тривалості, а не від частоти сесій. Стосовно депресивної симптоматики, авторам вдалося виокремити дві групи пацієнтів: в одних депресивна симптоматика мала ознаки горювання, а в інших супроводжувалась тривогою. При депресії горювання більш важливою виявилась тривалість терапії, а при поєднанні депресії та тривоги – і тривалість, і частота зустрічей були значущими.

Висновки. Психоаналітичні дослідники Luborsky та колеги (1999), а пізніше й Fonagy (2015), відзначають, що опубліковані огляди одних і тих самих даних ефективності часом завершуються протилежними висновками авторів цих оглядів, що залежить від того, який метод практикує сам автор. Однак багато залежить і від читача. Коментуючи підсумки проведеного ним метааналізу даних про дієвість психодинамічної психотерапії, яка нічим не поступалася іншим видам психотерапії, Shedler (2010) зауважує, що у висновках важко написати щось не іронічне. Адже, попри наявні численні докази дієвості та ефективності психоаналітичних втручань для низки груп пацієнтів, багато залежить від того, хто і з яким наміром хоче з ними ознайомитися, і завжди залишається шанс, що представлені дані будуть відкинуті.

Запропонована стаття написана з надією, що інша чи інший, хто її читатиме, зможе встояти перед спокусою покvapитися розпорядитися її змістом занадто рішуче. Вона передусім покликана виконати свою просвітницьку місію та запросити до подальшого осмислення цих або майбутніх свідчень.

Насамкінець варто згадати, що доказова практика, за визначенням Американської психологічної асоціації, ґрунтується на трьох рівнозначних і поєднаних основах: найкращі наявні дослідження, клінічний досвід практиків та контекст пацієнта, тобто його чи її особливості, культура та уподобання (APA, 2006). Психоаналітичні втручання з їхнім багатим клінічним досвідом, традиційною увагою до унікальності кожного випадку та значною дослідною підтримкою займають гідне місце в переліку доказових методів. Однак актуальними залишаються подальші дослідження для визначення ефективності психоаналізу й психотерапевтичних психотерапій з окремими групами осіб та в особливих умовах.

Список літератури:

- American Psychological Association, Presidential Task Force on Evidence-Based Practice (2006). Evidence-based practice in psychology. *American Psychologist*, 61(4), 271–285. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.61.4.271>
- Amir, I., & Shefler, G. (2020). The “Lechol Nefesh” Project: Intensive and Long Term Psychoanalytic Psychotherapy in Public Mental Health Centers. *Psychoanalytic Inquiry*, 40, 7, 536–549. <https://doi.org/10.1080/07351690.2020.1810528>
- Barber, J.P., Barrett, M.S., Gallop, R., Rynn, M.A., & Rickels, K. (2011). Short-term dynamic psychotherapy versus pharmacotherapy for major depressive disorder: a randomized, placebo-controlled trial. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 72(1), 19513.
- Bastos, A.G., Guimaraes, L.S.P., & Trentini, C.M. (2015). The efficacy of long-term psychodynamic psychotherapy, fluoxetine and their combination in the outpatient treatment of depression. *Psychotherapy Research*, 25(5), 612–624. <https://doi.org/10.1080/10503307.2014.935519>
- Bateman, A., & Fonagy, P. (1999). Effectiveness of partial hospitalization in the treatment of borderline personality disorder: a randomized controlled trial. *American Journal of Psychiatry*, 156(10), 1563–1569.
- Bateman, A., & Fonagy, P. (2001). Treatment of borderline personality disorder with psychoanalytically oriented partial hospitalization: an 18-month follow-up. *American Journal of Psychiatry*, 158(1), 36–42.
- Becker, J.P., Paixão, R., & Quartilho, M.J. (2022). Controversies on Psychoanalytic Psychotherapies: Is Psychodynamic Psychotherapy Effective for the Treatment of PTSD? *Revista Portuguesa de Psicanálise*, 42(1), 58–64. <https://doi.org/10.51356/rpp.421a5>

- Berghout, C., Zevalkink, J., Hakkaart-van Roijen, L. (2010). A cost-utility analysis of psychoanalysis versus psychoanalytic psychotherapy. *International Journal of Technology Assessment in Health Care*, 26, 1, 3–10. <https://doi.org/10.1017/S0266462309990791>
- Beutel, M.E., Weißflog, G., Leuteritz, K., Wiltink, J., Haselbacher, A., Ruckes, C., ... & Brähler, E. (2014). Efficacy of short-term psychodynamic psychotherapy (STPP) with depressed breast cancer patients: results of a randomized controlled multicenter trial. *Annals of oncology*, 25(2), 378–384. <https://doi.org/10.1093/annonc/mdt526>
- Bögels, S., Wijts, P., Sallaerts, S. (2003). Analytic psychotherapy versus cognitive-behavioral therapy for social phobia. Paper presented at: *European Congress for Cognitive and Behavioural Therapies*, September, Prague.
- Bressi, C., Porcellana, M., Marinaccio, P.M., Nocito, E.P., & Magri, L. (2010). Short-term psychodynamic psychotherapy versus treatment as usual for depressive and anxiety disorders: a randomized clinical trial of efficacy. *The Journal of nervous and mental disease*, 198(9), 647–652. <https://doi.org/10.1097/NMD.0b013e3181ef3ebb>
- Briggs, S., Netuveli, G., Gould, N., Gkaravella, A., Gluckman, N.S., Kangogyere, P., ... & Lindner, R. (2019). The effectiveness of psychoanalytic/psychodynamic psychotherapy for reducing suicide attempts and self-harm: systematic review and meta-analysis. *The British Journal of Psychiatry*, 214(6), 320–328.
- Brom, D., Kleber, R.J., & Defares, P.B. (1989). Brief psychotherapy for posttraumatic stress disorders. *Journal of consulting and clinical psychology*, 57(5), 607.
- Cooper, P.J., Murray, L., Wilson, A., & Romaniuk, H. (2003). Controlled trial of the short- and long-term effect of psychological treatment of post-partum depression: I. Impact on maternal mood. *The British Journal of Psychiatry*, 182(5), 412–419.
- Creed, F., Fernandes, L., Guthrie, E., Palmer, S., Ratcliffe, J., Read, N., ... & North of England IBS Research Group (2003). The cost-effectiveness of psychotherapy and paroxetine for severe irritable bowel syndrome. *Gastroenterology*, 124(2), 303–317.
- Crits-Christoph, P., Siqueland, L., McCalmont, E., Weiss, R.D., Gastfriend, D.R., Frank, A., ... & Thase, M.E. (2001). Impact of psychosocial treatments on associated problems of cocaine-dependent patients. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 69(5), 825.
- Dare, C., Eisler, I., Russell, G., Treasure, J., & Dodge, L.I.Z. (2001). Psychological therapies for adults with anorexia nervosa: randomised controlled trial of out-patient treatments. *The British Journal of Psychiatry*, 178(3), 216–221.
- De Maat, S., De Jonghe, F., Schoevers, R., & Dekker, J. (2009). The effectiveness of long-term psychoanalytic therapy: A systematic review of empirical studies. *Harvard Review of Psychiatry*, 17(1), 1–23.
- Dührssen, A., Jorswieck, E. (1965). Eine empirisch-statistische Untersuchung zur Leistungsfähigkeit psychoanalytischer Behandlung. *Nervenarzt*, 36, 166–169.
- Fairburn, C.G., Norman, P.A., Welch, S.L., O'Connor, M.E., Doll, H.A., & Peveler, R.C. (1995). A prospective study of outcome in bulimia nervosa and the long-term effects of three psychological treatments. *Archives of general psychiatry*, 52(4), 304–312.
- Fonagy, P. (2015). The effectiveness of psychodynamic psychotherapies: An update. *World Psychiatry*, 14(2), 137–150. <https://doi.org/10.1002/wps.20235>
- Fonagy, P., Rost, F., Carlyle, J.A., McPherson, S., Thomas, R., Pasco Fearon, R.M., ... & Taylor, D. (2015). Pragmatic randomized controlled trial of long-term psychoanalytic psychotherapy for treatment-resistant depression: the Tavistock Adult Depression Study (TADS). *World Psychiatry*, 14(3), 312–321. <https://doi.org/10.1002/wps.20267>
- Freedman, N., Hoffenberg, J., Vorus, N., & Frosch, A. (1999). The Effectiveness of Psychoanalytic Psychotherapy: the Role of Treatment Duration, Frequency of Sessions, and the Therapeutic Relationship. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 47, 741–772.
- Garner, D.M., Rockert, W., Davis, R., Garner, M.V., Olmsted, M.P., & Eagle, M. (1993). Comparison of cognitive-behavioral and supportive-expressive therapy for bulimia nervosa. *American Journal of Psychiatry*, 150, 37.
- Gordon, R.M. (2017). Assessing Distance Psychoanalytic Treatment: Perspectives of Therapist and Patient. *The American Psychoanalyst*, 51, 1.
- Gordon, R.M., Wang, X. and Tune, J. (2015). Comparing Psychodynamic Teaching, Supervision and Psychotherapy Over Videoconferencing Technology with Chinese Students. *Psychodynamic Psychiatry*, 43(4), 585–599.
- Guthrie, E., Creed, F., Dawson, D., & Tomenson, B. (1991). A controlled trial of psychological treatment for the irritable bowel syndrome. *Gastroenterology*, 100(2), 450–457.
- Hamilton, J., Guthrie, E., Creed, F., Thompson, D., Tomenson, B., Bennett, R., ... & Liston, R. (2000). A randomized controlled trial of psychotherapy in patients with chronic functional dyspepsia. *Gastroenterology*, 119(3), 661–669.
- Henley, B. (2023). Psychodynamic techniques elicit emotional engagement in complex post-traumatic stress disorder. *Psychoanalytic Psychotherapy*. <https://doi.org/10.1080/02668734.2023.2231059>
- Kächele, H., Krause, R., Jones, E., & Perron, R. (2002). *An open door review of outcome studies in psychoanalysis*. P. Fonagy (Ed.). London: International Psychoanalytical Association.
- Kalita, L., & Chrzan-Dętkoś, M. (2017). Effectiveness of psychoanalytic psychotherapies. *Psychoterapia*, 4(183), 5–16.
- Knekt, P., Lindfors, O., Laaksonen, M.A., Renlund, C., Haaramo, P., Härkänen, T., ... & Helsinki Psychotherapy Study Group (2011). Quasi-experimental study on the effectiveness of psychoanalysis, long-term and short-term psychotherapy on psychiatric symptoms, work ability and functional capacity during a 5-year follow-up. *Journal of Affective Disorders*, 132(1–2), 37–47.
- Krystal, H. (1983). Alexithymia and the effectiveness of psychoanalytic treatment. *International Journal of Psychoanalytic Psychotherapy*, 9, 353–378.
- Leichsenring, F. (2005). Are psychodynamic and psychoanalytic therapies effective?: A review of empirical data. *The International Journal of Psychoanalysis*, 86, 841–868. <https://doi.org/10.1516/RFEE-LKPN-B7TF-KPDU>
- Leichsenring, F. (2009). Psychodynamic psychotherapy: A review of efficacy and effectiveness studies. *Handbook of Evidence-Based Psychodynamic Psychotherapy*. Humana Press.
- Leichsenring, F., Abbass, A., Heim, N., Keefe, J.R., Kisely, S., Luyten, P., ... & Steinert, C. (2023). The status of psychodynamic psychotherapy as an empirically supported treatment for common mental disorders—an umbrella review based on updated criteria. *World Psychiatry*, 22(2), 286–304. <https://doi.org/10.1002/wps.21104>
- Leuzinger-Bohleber, M.E., Solms, M.E., & Arnold, S.E. (2020). *Outcome research and the future of psychoanalysis: Clinicians and researchers in dialogue*. Routledge/Taylor & Francis Group.

- Levi, O., Bar-Haim, Y., Kreiss, Y., & Fruchter, E. (2015). Cognitive-Behavioural Therapy and Psychodynamic Psychotherapy in the Treatment of Combat-Related Post-Traumatic Stress Disorder: A Comparative Effectiveness Study. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 23(4), 298–307. doi: 10.1002/cpp.1969
- Levy, R.A., & Ablon, S. (Eds.) (2009). *Handbook of evidence-based psychodynamic psychotherapy*. New York, NY: Springer.
- Levy, R.A., Ablon, J.S., & Kächele, H. (Eds.) (2011). *Psychodynamic psychotherapy research: Evidence-based practice and practice-based evidence*. Springer Science & Business Media.
- Lindfors, O., Knekt, P., Lehtonen, J., Virtala, E., Maljanen, T., & Härkänen, T. (2019). Effectiveness of psychoanalysis and long-term psychodynamic psychotherapy on personality and social functioning 10 years after start of treatment. *Psychiatry Research*, 272, 774–783.
- Luborsky, L., Diguer, L., Seligman, D. A., Rosenthal, R., Krause, E.D., Johnson, S., ... & Schweizer, E. (1999). The researcher's own therapy allegiances: A "wild card" in comparisons of treatment efficacy. *Clinical psychology: Science and practice*, 6(1), 95–106.
- Milrod, B., Leon, A.C., Busch, F., Rudden, M., Schwalberg, M., Clarkin, J., ... & Shear, M.K. (2007). A randomized controlled clinical trial of psychoanalytic psychotherapy for panic disorder. *American Journal of Psychiatry*, 164(2), 265–272.
- Monsen, K., & Monsen, J.T. (2000). Chronic pain and psychodynamic body therapy: A controlled outcome study. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 37(3), 257.
- Munroe-Blum, H., & Marziali, E. (1995). A controlled trial of short-term group treatment for borderline personality disorder. *Journal of Personality Disorders*, 9(3), 190–198.
- Rudolf, G., Manz, R., & Öri, C. (1994). Ergebnisse psychoanalytischer Therapien. *Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und Psychoanalyse*, 25–40.
- Rudolf, G., Dilg, R., Grande, T., Jakobsen, T., Keller, W., Krawietz, B., et al. (2004). Effektivität und Effizienz psychoanalytischer Langzeittherapie: Die Praxisstudie Analytische Langzeitpsychotherapie. In Gerlach, A., Springer, A., Schlösser, A. (Eds.). *Psychoanalyse des Glaubens*. Gießen: Psychosozial Verlag.
- Sandahl, C., Herlitz, K., Ahlin, G., & Rönnerberg, S. (1998). Time-limited group psychotherapy for moderately alcohol dependent patients: A randomized controlled clinical trial. *Psychotherapy research*, 8(4), 361–378.
- Sandell, R. (1999). Wiederholte Langzeitkatharsen von Langzeit-Psychotherapien und Psychoanalysen. *Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie*, 45(1), 43–56.
- Sandell, R., Blomberg, J., Lazar, A., Carlsson, J., Broberg, J., Schubert, J. (2001). Unterschiedliche Langzeitergebnisse von Psychoanalysen und Langzeitpsychotherapien. Aus der Forschung des Stockholmer Psychoanalyse- und Psychotherapieprojekts. *Psyche*, 55, 273–310.
- Shedler, J. (2010). The efficacy of psychodynamic psychotherapy. *American psychologist*, 65(2), 98. <https://doi.org/10.1037/a0018378>
- Shepherd, C., Beail, N. (2017). A systematic review of the effectiveness of psychoanalysis, psychoanalytic and psychodynamic psychotherapy with adults with intellectual and developmental disabilities: progress and challenges, *Psychoanalytic Psychotherapy*, 31, 1, 94–117. DOI: 10.1080/02668734.2017.1286610
- Siefert, L., van Lent, L., & von Seggern, T. (2023). Vergleichsstudie zur Wirksamkeit verschiedener Settings bei psychoanalytisch begründeten Langzeitbehandlungen von Kindern und Jugendlichen. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie*, 72(1), 50–75. <https://doi.org/10.13109/prkk.2023.72.1.50>
- Smit, Y., Huibers, M.J., Ioannidis, J.P., van Dyck, R., van Tilburg, W., & Arntz, A. (2012). The effectiveness of long-term psychoanalytic psychotherapy – A meta-analysis of randomized controlled trials. *Clinical psychology review*, 32(2), 81–92.
- Stefana, A., D'Imperio, D., Dakanalis, A., Vieta, E., Fusar-Poli, P., & Youngstrom, E. (2022). Probing the impact of psychoanalytic therapy for bipolar disorders: A scoping review. *International Forum of Psychoanalysis*, 1–12. Routledge. <https://doi.org/10.1080/0803706X.2022.2097307>
- Weitkamp, K., Daniels, J.K., Hofmann, H., Timmermann, H., Romer, G., & Wiegand-Grefe, S. (2014). Psychoanalytic psychotherapy for children and adolescents with severe depressive psychopathology: Preliminary results of an effectiveness trial. *Psychotherapy*, 51(1), 138.
- Weitkamp, K., Daniels, J.K., Romer, G., & Wiegand-Grefe, S. (2017). Psychoanalytic psychotherapy for children and adolescents with severe externalising psychopathology: an effectiveness trial. *Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie*, 63(3), 251–266.
- Woody, G.E., McLellan, A.T., Luborsky, L., & O'Brien, C.P. (1995). Psychotherapy in community methadone programs: a validation study. *The American journal of psychiatry*, 152(9), 1302–1308. <https://doi.org/10.1176/ajp.152.9.1302>
- Xie, C.L., Wang, X.D., Chen, J., Lin, H.Z., Chen, Y.H., Pan, J.L., & Wang, W.W. (2015). A systematic review and meta-analysis of cognitive behavioral and psychodynamic therapy for depression in Parkinson's disease patients. *Neurological Sciences*, 36, 833–843.
- Zimmermann, J., Löffler-Stastka, H., Huber, D., Klug, G., Alhabbo, S., Bock, A., and Benecke, C. (2014). Is It All about the Higher Dose? Why Psychoanalytic Therapy Is an Effective Treatment for Major Depression. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 22, 469–487. doi: 10.1002/cpp.1917
- Великодна, М.С. (2017). Груповий аналіз ХХІ століття: емпіричні дослідження ефективності. *Міжнародний психотерапевтичний, психіатричний і психоаналітичний журнал*, 10(1, 2), 79–84.
- Соченко, Т., & Габінська, А. (2017). Ефективність психотерапії та фармакотерапії в лікуванні ПТСР у військовослужбовців і ветеранів. *Psychosomatic medicine and general practice*, 2(4). <https://doi.org/10.26766/pmgrp.v2i4.73>

Анотація. Врахування наявних емпіричних досліджень, власний практичний досвід та увага до культурних і особистісних особливостей конкретного пацієнта чи клієнта – визнана тріада доказової практики. Доказовий підхід у питанні ефективності психоаналізу та різновидів психоаналітичної психотерапії охоплює широке коло питань: від оцінки ефективності втручання у випадку окремих симптоматик, проблематик, розладів, вікових та соціальних груп до емпіричної оцінки окремих чинників, механізмів, явищ, які супроводжують, посилюють чи ускладнюють успішну психоаналітичну роботу. Ця робота містить наративний огляд даних із 50 емпіричних досліджень, присвячених питанню дієвості та ефективності психоаналізу та психоаналітичних психотерапій. За підсумками проведеного аналізу основна частина роботи поділена на тематичні підрозділи: 1) Доведена дієвість психоаналізу й психоаналітичної психотерапії; 2) Доведена ефективність психоаналізу й психоаналітичної психотерапії; 3) Попередні дані про ефективність психоаналізу та психоаналітичної психотерапії, які потребують додаткових доказів; 4) Доведена неефективність або низька ефек-

тивність та 5) Що працює краще: психоаналіз чи психоаналітична психотерапія. Кожен розділ містить опис дослідних дизайнів та отриманих результатів наявних емпіричних досліджень за темами. Особливу увагу приділено рандомізованим контрольованим випробуванням, які є «золотим стандартом» в оцінці ефективності психологічних і психотерапевтичних втручань. Узагальнено, що психоаналітичні втручання з їхнім багатим клінічним досвідом, традиційною увагою до унікальності кожного випадку та значною дослідною підтримкою, яка засвідчила їхню ефективність, займають гідне місце в переліку доказових методів. Актуальними залишаються подальші дослідження для визначення ефективності психоаналізу й психотерапевтичних психотерапій з окремими групами пацієнтів.

Ключові слова: дієвість, ефективність, психоаналіз, психоаналітична психотерапія, психодинамічна психотерапія, розмір ефекту.

Abstract. Consideration of available empirical research, own practical experience, and attention to the cultural and personal characteristics of a unique patient or client are parts of the recognized triad of evidence-based practice. The evidence-based approach to the question of the effectiveness of psychoanalysis and different psychoanalytic psychotherapies covers a wide range of issues: from the assessment of the efficacy of interventions in the case of specific symptoms, issues, and disorders within age and social groups – to the empirical assessment of individual factors, mechanisms and phenomena that accompany, enhance or complicate successful psychoanalytic work. This paper is a narrative review of data from 50 empirical studies on the efficacy and effectiveness of psychoanalysis and psychoanalytic psychotherapies. According to the results of the analysis, the central part of the work was divided into thematic subsections: 1) Proven efficacy of psychoanalysis and psychoanalytic psychotherapy; 2) Proven effectiveness of psychoanalysis and psychoanalytic psychotherapy; 3) Preliminary data on the effectiveness of psychoanalysis and psychoanalytic psychotherapy, which require additional evidence; 4) Proven ineffectiveness or low effectiveness and 5) What works better: psychoanalysis or psychoanalytic psychotherapy. Each chapter describes the research designs and the results obtained from the available empirical studies. Special attention is paid to randomized controlled trials, the "gold standard" in evaluating the efficacy of psychological and psychotherapeutic interventions. In general, psychoanalytic interventions, with their detailed clinical experience, traditional attention to the uniqueness of each case, and significant research support, which illuminated their effectiveness, have a worthy place in the list of evidence-based methods. Further studies to determine the effectiveness of psychoanalysis and psychotherapeutic psychotherapies with separate groups of patients remain relevant.

Key words: efficacy, effectiveness, effect size, psychoanalysis, psychoanalytic psychotherapy, psychodynamic psychotherapy.

ДОКАЗИ ЕФЕКТИВНОСТІ ЮНГІАНСЬКОЇ ПСИХОТЕРАПІЇ: ОГЛЯД ЕМПІРИЧНИХ ДОСЛІДЖЕНЬ¹

Крістіан Рослер, доктор наук, професор,
Католицький університет прикладних наук, м. Фрайбург, Німеччина,
факультет психології,
Університет Базеля, м. Базель, Швейцарія

EVIDENCE FOR THE EFFECTIVENESS OF JUNGIAN PSYCHOTHERAPY: A REVIEW OF EMPIRICAL STUDIES

Christian Roesler, Dr. hab., Professor,
Catholic University of Applied Sciences, Freiburg, Germany,
Faculty of Psychology,
University Basel, Basel, Switzerland
<https://orcid.org/0000-0003-3271-5521>
christian.roesler@kh-freiburg.de

Вступ. Юнгіанську психотерапію давно звинувачують у тому, що це метод не надає жодних емпіричних доказів своєї ефективності. На початку 1990-х років були опубліковані перші мета-аналізи емпіричних досліджень, що вивчають ефективність психотерапії. Після цього декілька дослідників стверджували, що досліджень, які вивчали б ефективність юнгіанської психотерапії, не було, й тому її слід виключити зі сфери психотерапії. Це спонукало декілька юнгіанських навчальних інститутів, а саме в Цюриху, Берліні та Сан-Франциско, розробити перші емпіричні дослідження в галузі юнгіанської психотерапії. Здебільшого в Німеччині та Швейцарії були проведені перспективні, натуралістичні дослідження результатів і ретроспективні дослідження з використанням стандартизованих інструментів і даних медичного страхування, а також декілька якісних досліджень аспектів психотерапевтичного процесу. Результати цих досліджень будуть узагальнені та критично розглянуті в цій статті.

В емпіричних дослідженнях існує диференціація між різними рівнями досліджень, що описано в «Довіднику з психотерапії та зміни поведінки» (Lambert, 2004). Найвищим рівнем або «золотим стандартом» є рандомізоване контрольоване випробування (РКВ) з експериментальною й контрольною групою та рандомізованим розподілом учасників по групах. Лише РКВ можуть довести дієвість методу психотерапії, що означає, що вплив на пацієнтів є результатом самого методу (а не жодних інших екстра-терапевтичних факторів; це еквівалентно терміну «внутрішня валідність»). Загалом як доказ дієвості певного методу психотерапії приймаються лише РКВ. Однак останніми роками ведеться дискусія щодо валідності РКВ, оскільки їхня внутрішня валідність висока, але зовнішня валідність (застосовність до повсякденної практики) є низькою (Westen & Morrison, 2001). Декілька дослідників висунули аргументи на користь натуралістичних перспективних досліджень результатів, які проводяться в межах повсякденної практики й тому набагато більш застосовні в реальних умовах. Декілька юнгіанських досліджень використовували цей метод. Взагалі перспективні дані є більш достовірними, ніж ретроспективні. Незважаючи на те, що у двох описаних нижче юнгіанських дослідженнях застосовувалася ретроспективна структура, вони забезпечили високий рівень валідності завдяки ретельно продуманій структурі.

Огляд юнгіанських емпіричних досліджень.

Перспективні натуралістичні дослідження результатів:

– Praxisstudie Analytische Langzeittherapie (PAL) Schweiz (Натуралістичне дослідження аналітичної довготривалої психотерапії в Швейцарії) (Mattanza, Jakobsen & Hurt, 2006; Rudolf et al., 2004);

– Проект досліджень психотерапії в Сан-Франциско (Rubin & Powers, 2013);

– PAP-S – Натуралістичне дослідження амбулаторної психотерапії в Швейцарії (Tschuschke et al., 2010).

Капмнестичні / ретроспективні дослідження:

– Берлінське юнгіанське дослідження (Keller et al., 2007);

– Konstanz Study – дослідження за відгуками німецьких споживачів (Breyer, Heinzel, & Klein, 1997).

Дослідження невеликої вибірки й окремих випадків:

– Юнгіанської пісочної терапії (Tavares, 2002), психосоматичних розладів (Muller, 2001; Yoshika, 2002), інтеграції тінювих аспектів (Kleeberg, Schreiber & Schwinger, 2003).

Якісні дослідження та дослідження процесу:

– Теорії комплексів (Heisig, 2001), методу інтерпретації зображень (Krapp, 1997).

1. Praxisstudie Analytische Langzeittherapie (PAL) Schweiz (Цюрих) – Натуралістичне дослідження аналітичної довготривалої психотерапії в Швейцарії

Група дослідників із Цюрихського інституту Юнга взяла участь у великому німецькому дослідженні довготривалої аналітичної психотерапії (Rudolf et al., 2004), що проводилося Гайдельберзьким університетом, і застосувала розроблену структуру дослідження. Структура представляла собою натуралістичне перспективне дослідження результатів, що означає, що за терапевтами та пацієнтами спостерігали з самого початку терапії у звичайному повсякденному контексті (без контрольної групи). Представниками юнгіанської психотерапії в Швейцарії були відібрані двадцять шість терапевтів і їхніх пацієнтів, загалом 37 випадків. П'ятдесят сім відсотків цих пацієнтів страждали на депресивні розлади, а через те, що в 47% пацієнтів були діагностовані розлади особистості, ця вибірка мала високу тяжкість хвороби. Середня тривалість терапії становила 35 місяців, у середньому 90 сесій, що еквівалентно терапії з низькою частотою. Це було реалістично репрезентативною вибіркою для юнгіанської терапії в Швейцарії.

Застосовувалися три різні погляди: дослідників, терапевтів та самих пацієнтів. На кожному рівні було використано набір об'єктивних вимірювань і самозвітів.

1.1. Дослідники

Операціоналізована психодинамічна діагностика (ОПД), юнгіанська адаптація (Junghan, 2002): ОПД – це

¹ Переклад – Ганна Стембковська

Фахова редакція – Валентина Самусь

складна сукупність вимірювань, яка систематизує й операціоналізує психоаналітичні діагностичні інтерв'ю, наприклад, типи несвідомих конфліктів, зрілість структури особистості (его) тощо. Для дослідження PAL була здійснена адаптація до теоретичних концепцій Юнга (наприклад, теорії комплексів).

Психодинамічні фокуси (два інтерв'ю): фокус означає основні несвідомі конфлікти (наприклад, прив'язаність проти автономії), виявлені за допомогою ОПД, які опрацьовувалися в аналізі.

Зміни в структурі особистості (Heidelberger Umstrukturierungsskala): вимірює зміни в рівнях зрілості функцій особистості / его, виявлені за допомогою ОПД.

Терапевтичний альянс і перенесення (SGRT: spontane gefühlshafte Reaktion, TAB: therapeutische Arbeitsbeziehung): зовнішній рейтинг якості та характеру терапевтичних стосунків, робочого альянсу та перенесення.

Міжособистісні проблеми (Опитувальник щодо міжособистісних проблем, Interpersonal Problems Inventory – IP).

Зміни в життєвій поведінці (інтерв'ю в межах дослідження).

1.2. Терапевти

Фізичні та психологічні симптоми:

Оцінка тяжкості симптомів (Beeinträchtigungsschwereskala, BSS): вимірює погіршення стану пацієнта через симптоми.

Рейтинги стану та процесу:

МКХ 10 (Міжнародна класифікація хвороб, розділ 10 «Психологічні розлади») – діагностика.

1.3. Пацієнти

Психологічні та міжособистісні симптоми:

– контрольний список 90 симптомів, оновлена версія (SCL-90-R), найпоширеніша клінічна оцінка в дослідженнях психотерапії;

– показник психологічних / соціальних / комунікативних компетенцій (PSKB-Se-R);

– опитувальник щодо міжособистісних проблем (Interpersonal Problems Inventory – IP);

– особистісний опитувальник Trier Personality Inventory (TRF);

– дані медичного страхування (звернення за медичними послугами, відвідування лікарів первинної ланки медичної допомоги, дні в лікарні тощо).

1.4. Результати

Термін «розмір ефекту» описує вплив методу терапії на переміщення вибірки пацієнта із зони розладу в область нормального здоров'я.

Дослідники:

– Позитивна реструктуризація особистості пацієнта, розмір ефекту: 0,94.

– Позитивні зміни в повсякденному житті, дуже високий розмір ефекту: 1,48.

Терапевти:

– Глобальний рейтинг результатів позитивний або дуже позитивний для 75% терапій.

– Економічна ефективність добра, дуже добра або максимальна для 55% терапій.

Пацієнти:

– Глобальний індекс тяжкості (глобальний показник SCL-90-R) зменшився дуже значно, дуже високий розмір ефекту: 1,31, нормальний рівень на кінець терапії.

– Значне зменшення міжособистісних проблем (IP), середній розмір ефекту.

– Рейтинг результатів на понад 90% позитивний, дуже позитивний або максимальний.

– Економічна ефективність на 80% добра, дуже добра або максимальна, на 20% задовільна.

Усі зазначені результати були значущими (рівень 5%) або високо значущими (рівень 1%).

1.5. Подальші спостереження

Усі результати залишалися стабільними через рік та три роки. Цікавим моментом є те, що є дані, які вказу-

ють на подальший позитивний ефект у період між завершенням терапії та подальшим спостереженням, що означало б, що деякі ефекти терапії проявляються лише після завершення терапії; це ефект, на який психоаналіз завжди претендував. Показник звернення за медичними послугами вже був низьким під час курсу терапії та залишався на низькому рівні на момент подальшого спостереження.

Це дослідження могло б надати докази дуже позитивних наслідків юнгіанської психотерапії в перспективному аналізі, які залишалися стабільними протягом трьох років після завершення терапії. Юнгіанська терапія призводить не лише до значного зменшення симптомів і міжособистісних та інших проблем, але й до реструктуризації особистості, що веде до того, що пацієнти можуть набагато краще вирішувати подальші проблеми після завершення терапії. Задоволеність пацієнтів результатами була надзвичайно високою, незважаючи на те, що більшість пацієнтів мали платити за терапію самостійно. Обмеженням дослідження є відсутність контрольної групи, що ставить питання про те, чи могла ця вибірка бути особливо вмотивованою групою пацієнтів, хоча тяжкість симптомів була високою та репрезентативною для популяції пацієнтів у Швейцарії.

2. Проект досліджень психотерапії в Сан-Франциско

Спочатку це дослідження, що проводилося Інститутом Юнга в Сан-Франциско, було розроблене як перспективне дослідження результатів із чотирма точками вимірювання (початок терапії, кінець терапії, подальше спостереження через один і п'ять років). У багатьох аспектах дизайн дослідницького проекту з психотерапії в Сан-Франциско подібний до дизайну дослідження в Цюриху. Застосовувалися наступні вимірювання: SCL-90-R; IP, Global Assessment of Functioning Scale – GAF (Шкала глобальної оцінки функціонального статусу, оцінку за якою проводили зовнішні експерти); додатковим інструментом, розробленим інститутом, стало опитування щодо демографічних даних, мотивації до терапії та суб'єктивного досвіду терапії; терапевти мали інструмент, що також був розроблений інститутом, під назвою «Портрет моєї практики» (Portrait of my practice – POMP), опитування щодо структурних аспектів, а також особистого стилю та досвіду терапевта. Учасниками дослідження були пацієнти амбулаторної клініки Інституту Юнга в Сан-Франциско; зі 100 пацієнтів клініки участь у дослідженні взяли 57. Із боку терапевтів участь взяли 23 професійні аналітики інституту, а також 17 кандидатів, що проходили навчання, та сім психологів-інтернів.

Через низьку залученість аналітиків з інституту проект довелося припинити достроково. Через ці проблеми оригінальний дизайн довелося згорнути до дослідження однієї групи з попереднім і подальшим тестуванням. До нього увійшли 39 із початкових 57 пацієнтів, і лише частина з них завершили спостереження. Внутрішня валідність дослідження бути забезпечена не могла, й статистичні результати слід інтерпретувати на тлі цього факту. Порівнювати можна було лише дані на початку та наприкінці терапії. Маючи на увазі ці обмеження, слід зауважити, що це дослідження все ж схилялося до доведення ефективності юнгіанської терапії; відбулося значне скорочення показників за SCL-90-R та IP.

3. Берлінське катамнестичне дослідження

На початку 1990-х років група з емпіричних досліджень психотерапії у сфері аналітичної психології в Берліні провела загальнонаціональне катамнестичне ретроспективне дослідження (Keller, Dilg et al., 1999; Keller et al., 2002). Колишнім пацієнтам юнгіанської психотерапії було запропоновано взяти участь і пройти тестування за допомогою анкет та інтерв'ю. Усім членам Німецького товариства аналітичної психології (DGAP) було запропоновано взяти участь у цьому ретроспективному дослідженні: 78% відповіли, 24,6% взяли участь. У ретроспективних дослідженнях завжди існує небезпека упередженості в тому сенсі, що брати участь будуть

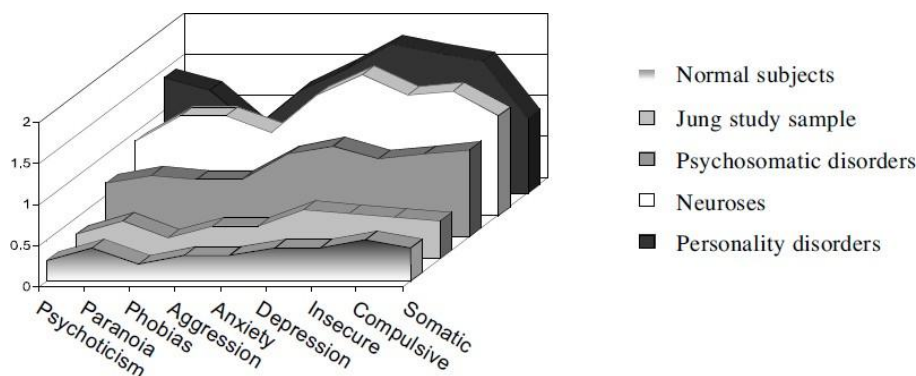


Рис. 1. Середні показники SCL-90-R за результатами подальшого спостереження порівняно з нормованою вибіркою

Джерело: рисунок взято з Keller et al. 1997 р., з люб'язного дозволу автора

готові лише успішні пацієнти (або терапевти), що не дасть реальної картини результатів. Тож причини відмови від участі були задокументовані, й упереджень не було виявлено. Терапевти, що брали участь, задокументували всі випадки, що завершилися в 1987/1988 рр., та дали всебічну оцінку успішності терапії. У Німеччині психотерапія досить щедро фінансується медичними страховими компаніями (до 300 годин аналізу); на початку терапії терапевт повинен подати заявку на фінансування. Ці заявки містять численні дані про стан здоров'я та симптоми пацієнта, особистість, соціальний контекст, психодинаміку та діагностику. Ця інформація зберігається медичною страховою службою протягом десятиліть, і в берлінському дослідженні ці дані були використані. Крім того, можна було використовувати інші дані медичного страхування про пацієнтів, наприклад, звернення ними за медичними послугами, дні перебування в лікарні тощо. Розподіл симптомів та їх тяжкість у вибірці були такими: 46% – афективні розлади, 24% – інші невротичні та психосоматичні розлади та 17% – розлади особистості.

Проблемою катанестичних досліджень є ризик упереджень через ефекти відбору, але вони були перевірені в межах дослідження: з 353 задокументованих випадків 111 були долучені до дослідження; було виявлено упередження щодо кількості переривань терапії, що була вищою у вибірці, ніж у популяції; крім цього, вибірка була репрезентативною для популяції. Середня тривалість терапії становила 162 сесії з частотою від одного до двох разів на тиждень.

Результати: із 60,4% пацієнтів, які повідомили, що їхнє самопочуття було дуже поганим (тяжкий набір діагнозів) до початку терапії, 86,6% оцінили своє загальне самопочуття під час подальшого спостереження, як дуже добре, добре або помірно (добре адаптоване до нормальної референтної групи за всіма шкалами психопатології). Через шість років після припинення терапії 70%–94% повідомили про добрі чи дуже добрі поліпшення у таких сферах: психологічного дистресу, загального самопочуття, задоволеності життям, результативності на роботі, стосунків із партнером і сім'єю та соціального функціонування. Загальний стан здоров'я у 88% можна було охарактеризувати як «нормальний стан здоров'я». Пацієнтам було краще, ніж у будь-якій клінічній групі, з якою вони мали спільний діагноз до терапії. За SCL-90-R юнгіанській терапії вдалося перемістити вибірку сильно порушених пацієнтів до стандартної вибірки нормальних пацієнтів, де можна говорити про психологічне здоров'я (див. рис. 1).

Усі ці результати були статистично високо значимими. Також відбулося значне скорочення кількості звернень до системи медичного страхування: середня кількість днів, втрачених через хвороби, середня кількість днів госпіталізації, прийом психотропних препаратів і кількість відвідувань лікарів первинної медичної допомоги значно зменшилися до рівня, навіть нижчого, ніж рівень середнього

німецького учасника системи медичного страхування (див. рис. 2 та 3).

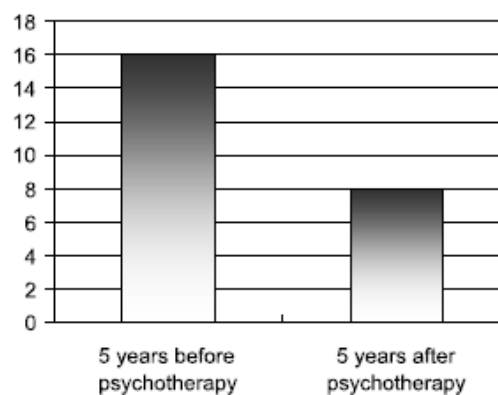


Рис. 2. Середня кількість днів, втрачених на рік через хворобу

Джерело: рисунок взято з Keller et al. 1997 р., з люб'язного дозволу автора

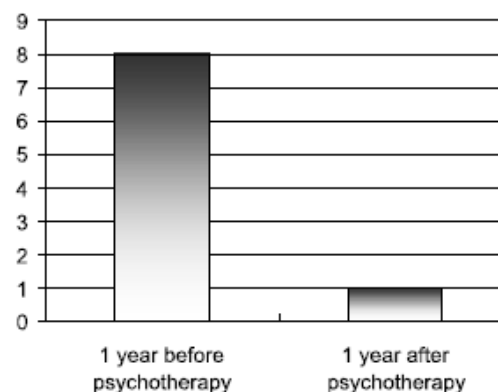


Рис. 3. Середня кількість днів госпіталізації

Джерело: рисунок взято з Keller et al. 1997 р., з люб'язного дозволу автора

Інші цікаві висновки спостерігаються щодо взаємозв'язку між поліпшенням стану та тривалістю лікування, і знову ж є показники на користь подальших поліпшень після припинення терапії (у період після завершення терапії та подальшого спостереження).

Підсумовуючи результати, можна сказати, що спостерігався не лише високий рівень задоволення пацієнтів юнгіанською психотерапією, а й зменшення симптомів,

що перевело пацієнтів до області нормального здоров'я. Ефекти психотерапії були тривалими та торкнулися всіх сфер життя пацієнтів, так що навіть звернення за медичними послугами зменшилися настільки різко, що юнгіанська терапія виявилася також економічно ефективною в довгостроковій перспективі. Ці результати слід інтерпретувати на тлі обмежень дизайну, хоча в межах дослідження докладали значних зусиль для контролю за упередженнями та забезпечення репрезентативності вибірки.

4. Konstanz-Studie – німецька версія дослідження повідомлень споживачів Селігмана

Дослідження, що проводилося в Констанці (Німеччина), є версією відомого дослідження повідомлень споживачів, проведеного Селігманом (Breyer, Heinzel & Klein, 1997) стосовно терапії декількох психодинамічних шкіл, і за своєю структурою воно співставне з вищезазначеним берлінським дослідженням. Дев'яносто психотерапевтів роздали колишнім пацієнтам 979 анкет, із них 66% взяли участь у дослідженні. У вибірці не було виявлено систематичних упереджень. Приблизно п'ята частина терапевтів, які брали участь, мала юнгіанську підготовку, й можна було б показати, що між цією підгрупою та загальною вибіркою не існувало систематичних відмінностей, тому це дослідження є репрезентативним як для психоаналітичної практики в Німеччині загалом, так і для юнгіанської психотерапії.

Результати дуже співставні з результатами згаданого вище берлінського дослідження, в усіх аспектах дослідження виявило значні покращення здоров'я та самопочуття. Так само значні зміни мали місце в період між завершенням терапії та подальшим спостереженням. Як і в берлінському дослідженні, використовувалися дані медичного страхування, й було виявлене дуже значне зниження параметрів звернення за медичними послугами. Усі ці результати залишалися стабільними протягом шестирічного періоду спостереження. Особливим аспектом цього дослідження є проведення розрахунку витрат і вигоди: за перші два роки після терапії індивідуальна та групова психотерапія призводила до накопичення значної економії витрат (див. табл. 1). Вони були значно вищими у зв'язку з тяжкістю стану здоров'я пацієнта на початку терапії.

Таблиця 1
Економія, накопичена в результаті індивідуальної та групової психотерапії в перші два роки після завершення терапії

	Індивідуальна терапія	Групова терапія
Економія завдяки очікуваному скороченню кількості медичних подій (відвідування лікаря, дні хвороби, дні в лікарні)	8,477.80 DM	14,330.00 DM
Витрати на лікування	33 235,00 DM	4 305,00 DM
Співвідношення заощаджень / витрат	0,255 : 1	3,32 : 1

Джерело: таблиця взята з Breyer et al. 1997 p., з люб'язного дозволу авторів

Оскільки це дослідження є ретроспективним, ці результати слід інтерпретувати на тлі ризику упереджень, але вони максимально контролювалися.

5. Praxisstudie Ambulante Psychotherapie Schweiz (PAP-S) – практичне дослідження амбулаторної психотерапії в Швейцарії

Це дослідження реалізовувалося за квазіекспериментальним дизайном, що є найвищим рівнем серед усіх описаних тут досліджень. Його дизайн співставний із дизайном юнгіанського дослідження в Цюриху, але додатково воно включало паралельну контрольну групу. У Швейцарії

різні психотерапевтичні школи підпорядковані Харті психотерапії, що й стала організатором дослідження PAP. Вибір вимірювань, що застосовувалися, відображав рекомендації Товариства психологічних досліджень і включав результати, а також змінні процесу. Заміри для пацієнтів включали: самооцінку результатів терапії (Опитувальник щодо результатів OQ 45), симптоми (Короткий опис симптомів, Brief Symptom Inventory – BSI (коротка версія SCL-90-R)), депресію (Опитувальник Бека щодо симптомів (Beck Depression Inventory – BDI)), відчуття зв'язаності (SOC-9), конгруентність (K-INK – самооцінку конгруентності за визначенням Карла Роджерса) та мотивацію до терапії (FMP). Для дослідників – це Стандартизоване клінічне інтерв'ю за DSM (SKID), Глобальна оцінка функціонального статусу (GAF) та стосунків (GARF) й Операціоналізована психодинамічна діагностика (ОПД). Дослідження тривало сім років (2006–2012), включаючи терапію та подальше спостереження.

Психотерапевти, що брали участь, в основному застосовували психодинамічний та експериментальний підходи. Проблема полягала в тому, що, незважаючи на те, що Швейцарська юнгіанська асоціація оплатила найбільшу частину дослідження, до дослідження увійшли лише чотири юнгіанські випадки, що є надто малою кількістю, щоб обчислити результат окремо для юнгіанської терапії. Незважаючи на те, що всіх швейцарських юнгіанців запросили взяти участь, більшість не захотіла.

Тим не менше, це дослідження дало декілька цікавих висновків. Загалом усі школи, що брали участь, досягли успіху в формі значного й ефективного поліпшення стану здоров'я пацієнтів. Частина дослідження полягала в детальному описі втручань, які застосовуються різними школами. У межах дослідження терапію знімали на відео, а зовнішні реєтери оцінювали те, яке з описаних втручань застосовувалося практично. Найцікавішим результатом усього дослідження може бути наступне: у межах кожної школи більшість втручань, що застосовувалися, була не втручанням цієї конкретної школи, а радше загальним або пов'язаним з іншою школою. Лише близько 15% втручань ґрунтувалися на спеціальній підготовці терапевта. Це висновок, підтверджений іншими дослідженнями, які також досліджували питання специфіки втручань, що застосовувалися, за школами. Уже в так званій загальній моделі психотерапії Орлінського (Orlinsky, Grawe & Parks, 1994) передбачалося, що в усіх школах психотерапії застосовуються спільні фактори, які забезпечують найбільшу частину впливу психотерапії. Келер (Keller, Stihl et al., 1999) порівняв модель спільних факторів з основними втручаннями, що використовуються в юнгіанській психотерапії, та знайшов багато паралелей. Це, звичайно, автоматично ставить питання про те, чи існує взагалі специфіка в практичній терапевтичній роботі юнгіанських терапевтів, і якою вона може бути. Після стількох досліджень, що підтвердили так званий «вердикт додо», який показав, що всі школи, здається, є однаково ефективними, сучасна тенденція в дослідженнях психотерапії полягає у вивченні відмінностей між терапевтами та дослідженні того, що вони насправді роблять, коли «проводять терапію».

Невеликі вибіркові дослідження, дослідження випадків і якісні дослідження процесів

У Pontificia Universidade Catolica de Sao Paulo (Бразилія) протягом багатьох років існує кафедра клінічної психології з вираженою юнгіанською орієнтацією. У межах магістерської та докторської програм було підготовлено декілька емпіричних дослідницьких робіт. Тут ми підсумуємо лише декілька з них. Група таких робіт досліджувала ефективність пісочної терапії та інших виражено юнгіанських втручань за різних психосоматичних хвороб (Tavares, 2002; Muller, 2001; Yoshika, 2002). Загалом застосування юнгіанських методів, особливо методів сендплей-терапії, дуже позитивно вплинуло на самопочуття

пацієнтів, а в деяких випадках навіть призвело до ремісії фізичних симптомів. Крім того, ці статті показують, що психодинаміка, що стоїть за психосоматичним розладом, очевидно впливала на символізм пісочних картин, і що символізм сендплей-терапії розвивався паралельно з покращенням самопочуття пацієнтів.

Інші дослідження намагалися охопити інші аспекти втручання юнгіанської психотерапії та зробити їх доступними для емпіричних досліджень. Крап (Krapp, 1997) розробив систематичний метод інтерпретації картин із психотерапевтичних процесів. Кліберг (Kleeberg, Schreiber & Schwinger, 2003) досліджував розвиток тінювих символів у декількох психотерапевтичних процесах і зміг показати, що несвідомі символи зображували важливі аспекти терапевтичних відносин. В одному дослідженні теорії комплексів (Heisig, 2001) Гайзіг досліджував розвиток комплексів у процесі аналітичної психотерапії та зміг показати, що на першому етапі терапії комплекси відтворювалися в стосунках перенесення, тоді як ближче до кінця терапії еґо-комплекс міг повільно відокремлюватися від інших патернів комплексів, що можна розуміти, як процес посилення еґо.

Обговорення. Розмістивши дослідження юнгіанської терапії в матриці доказової терапії, ми отримуємо таке:

Рівень I (рандомізовані контрольовані випробування): немає досліджень.

Рівень II (квазіекспериментальні дослідження; перспективні натуралістичні дослідження результатів): дослідження PAL, дослідницький проєкт у Сан-Франциско (з обмеженнями); дослідження PAP-S (із контрольною групою).

Рівень III (ретроспективні дослідження): берлінське юнгіанське дослідження та дослідження в Констанці з дуже високим методологічним рівнем.

Рівень IV (дослідження випадків тощо): позитивні ефекти завдяки сендплей-терапії, за психосоматичних розладів тощо.

Оскільки до теперішнього часу досліджень I рівня (РКВ) немає, немає й доказів дієвості юнгіанської психотерапії, але її ефективність наразі емпірично доведена на основі вищезазначених досліджень. Те саме можна сказати про економічну ефективність. Оскільки більшість досліджень мала натуралістичну структуру, можна припустити, що вони дають реалістичну картину юнгіанської терапії в повсякденній практиці. Усі ці дослідження повідомляють про позитивні ефекти за широкого спектру розладів із хорошими або дуже хорошими розмірами ефекту в аспектах: послаблення симптомів, самопочуття, міжособистісних проблем, зміни структури особистості, зменшення звернень за медичною допомогою та змін у повсякденному житті. Усі ці ефекти стабільні під час спостереження протягом до шести років після завершення терапії. У період між завершенням і подальшим спостереженням були помічені навіть подальші позитивні зміни. За проходження в середньому лише 90 сесій юнгіанська терапія є дуже економічно ефективною формою психодинамічної психотерапії, що вимагає мінімальних затрат часу. У всіх дослідженнях був реалізований високий методологічний стандарт з об'єктивними показниками, різними поглядами в межах дослідження (пацієнт, терапевт, дослідник) і контролем упереджень. Найбільш переконливим результатом щодо ефективності юнгіанської психотерапії в межах огляду всіх досліджень є те, що всі їхні результати вказують в одному напрямку, хоча там були досить різні вибірки пацієнтів і застосовувалися дуже різні методології. Тим не менше, дієвість юнгіанської психотерапії ще слід довести в межах рандомізованого контрольованого випробування.

Дуже цікавим моментом є те, що в усіх дослідженнях, які передбачали подальше спостереження, відбувалися подальші покращення після завершення терапії. У межах теоретичної моделі аналітичної психології завжди передбачалося, що деякі ефекти проявляються лише після завершення терапевтичних відносин. Описані тут емпіричні дослідження

підтверджують це припущення. Це також можна інтерпретувати як доказ того, що аналітична психотерапія змінює не лише симптоми, а й структуру особистості в більш глибокому розумінні, що призводить до кращої адаптації до життєвого контексту та стосунків, але розкриття цього вимагає певного часу. Отже, майбутні дослідження завжди повинні включати подальше спостереження, щоб можна було зрозуміти цей ефект аналітичної психотерапії.

З іншого боку, огляд досліджень вказує на деякі проблеми, що повторюються. Слід зазначити, що в усіх дослідженнях 10–20% пацієнтів не отримували користі від юнгіанської терапії. Це поширений висновок і в інших дослідженнях, що вивчали інші школи психотерапії. Тим не менше, це повинно стати предметом подальших досліджень, спрямованих на пошук маркерів тих особистостей, які можуть очікувати користі від юнгіанської психотерапії.

Ще однією серйозною проблемою, яка постає в огляді досліджень, є той факт, що юнгіанські аналітики, як правило, дуже неохоче беруть участь в емпіричних дослідженнях – настільки, що це призводить ледь не до провалу досліджень. Труднощі з набором достатньої кількості практикуючих аналітиків для участі в дослідженнях існували з самого початку, і це є проблемою й сьогодні, як це видно на останньому прикладі – дослідженні PAP у Швейцарії. Одним із головних аргументів проти участі в емпіричних дослідженнях було припущення, що процес дослідження перерве або, принаймні, несприятливо вплине на аналітичний процес і терапевтичні відносини. Також стверджувалося, що емпіричні інструменти ніколи не зможуть охопити складність аналітичного процесу. З моєї точки зору ці критичні позиції ґрунтуються на хибних уявленнях про дослідницький процес, його можливості та обмеження. Звичайно, будь-який дизайн дослідження з вивчення психотерапії має свої обмеження та може аналізувати лише певні аспекти тих складних взаємодій, що відбуваються в процесі психотерапії. Однак емпіричні методи дослідження дають можливість отримати уявлення про психотерапевтичну роботу та її наслідки з більш об'єктивних позицій. Ми повинні враховувати те, що точка зору практикуючих психотерапевтів щодо власних процесів є й має бути головним чином суб'єктивною та піддається інтерпретації, а також імовірності помилок. З іншого боку, емпіричні дослідження ніколи не можуть претендувати на те, щоб розповісти всю правду про психотерапію. Ми також повинні враховувати те, що робота в межах психотерапії має великий вплив на життя клієнтів, і тому етичною вимогою є впровадження процесів управління якістю, одним із яких є дослідження ефективності психотерапії.

З моєї точки зору це має бути предметом обговорення в юнгіанській спільноті. Принаймні зараз можна сказати, що твердження, яке часто використовують критики емпіричних досліджень у юнгіанській спільноті, що емпіричні методи заважатимуть особливій ситуації аналітичних стосунків, було спростоване вищезазначеними дослідженнями: у жодному з них не було ніяких натяків на негативне втручання до психотерапевтичного процесу; у деяких дослідженнях докладали великих зусиль до адаптації або навіть розробки дослідницьких заходів, які охоплювали б аспекти, характерні для юнгіанського підходу, наприклад, зміни особистості або адаптацію психодинамічної діагностики (Junghan, 2002). З іншого боку, юнгіанська психотерапія тепер може спиратися на емпіричні результати досліджень ефективності цього методу та більше не підпадає під критику щодо того, що цей метод не ефективний або емпірично не доведений. Детальніший опис та обговорення досліджень юнгіанської психології дивіться в німецькій публікації Рослера (Roesler, 2010).

Висновки і перспективи (дослідження, що наразі тривають у Німеччині). Німецька асоціація аналітичної психології сформувала дослідницьку платформу (www.cgjung.de/forum), яка в даний час планує провести декілька досліджень

у сфері юнгіанської психотерапії. Навчальні інститути працюють над домовленістю про те, що майбутні кандидати, які проходять навчання, повинні будуть застосовувати набір емпіричних показників (симптоми, задоволеність життям, операціоналізована психодинамічна діагностика) до своїх випадків у межах навчання, щоб сформувати базу даних і зробити можливим постійне управління якістю. У довгостроковій перспективі це має на меті сформувати відкритіше ставлення до емпіричних досліджень у майбутніх покоління юнгіанських аналітиків. З іншого боку, цей процес спрямований на стабілізацію нинішнього комфортного становища юнгіанської терапії в німецькій системі охорони здоров'я на майбутнє шляхом забезпечення емпіричних результатів щодо ефективності методів і застосування стандартних процесів управління якістю.

Структурний аналіз сновидінь. Автор розробив нратологічний метод якісного дослідження для аналізу низки сновидінь із аналітичної психотерапії та виокремлення основного процесу змін у процесі психотерапії (Roesler, C. & Götz, N., 2012). На даний момент низку сновидінь із юнгіанських психотерапевтичних процесів аналізують за допомогою цього методу в межах дослідницького про-

екту Базельського університету (Швейцарія). Після завершення структурного аналізу низки сновидінь результати порівнюються зі звітом психотерапевта щодо процесу терапії. Цей проєкт спрямований на формування корпусу випадків, що дозволило б у довгостроковій перспективі показати, що в процесі аналітичної терапії несвідоме викликає терапевтичні зміни через сновидіння.

В іншому дослідницькому проєкті застосовується схема документації для систематичного документування синхронічних подій, що відбуваються в психотерапії (Roesler, 2013). Зараз ця схема документації розповсюджується Німецькою юнгіанською асоціацією, й практикуючим аналітикам пропонується документувати відповідні події для створення корпусу випадків, які стануть предметом подальшого аналізу. Цей проєкт спрямований на розбудову емпіричної теорії синхронії в психотерапії.

Загалом ці проєкти та спроби спрямовані на формування відкритішого ставлення до досліджень у юнгіанській спільноті та доказовішої основи теоретичних моделей аналітичної психології.

Конфлікти інтересів. Автор не заявляє про жодні конфлікти інтересів.

Список літератури:

- Breyer, F., Heinzel, R. & Klein, T. (1997). Kosten und Nutzen ambulanter Psychoanalyse in Deutschland. (Cost and benefit of outpatient analytical psychotherapy in Germany). *Gesundheitsökonomie und Qualitätsmanagement*, 2, 59–73.
- Heisig, D. (2001). Wandlungsprozesse durch die therapeutische Beziehung. *Analytic Psychology*, 32, 230–251.
- Junghan, M. (2002). Die Anwendung der Strukturachse der OPD in der Analytischen Psychologie. *Die Struktur der Persönlichkeit* (in German); Rudolf, G., Grande, T., Henningsen, P., Eds.; Schattauer: Stuttgart, Germany, 90–114.
- Keller, W., Dilg, R., Westhoff, G., Rohner, R. & Studt, H.H. (1997). The Empirical Psychotherapy Research Group in Analytical Psychology Berlin. On the efficacy of outpatient Jungian psychoanalyses and psychotherapies. *Proceedings of the 13th International Congress for Analytical Psychology, Zürich, Switzerland, 17–23 August 1995*; Mattoon, M.A., Ed.; Daimon: Einsiedeln, Switzerland.
- Keller, W., Dilg, R., Westhoff, G., Rohner, R. & Studt, H.H. (1999). The Empirical Psychotherapy Research Group in Analytical Psychology Berlin. The Berlin Jungian Study: on the effectiveness and efficacy of outpatient (Jungian) psychoanalysis and psychotherapy – a catamnestic study (BJS). *An Open Door Review of Outcome Studies in Psychoanalysis*; Report prepared by the Research Committee of the IPA at the request of the President 1999; Fonagy, P., Ed.; International Psychoanalytic Association: London, UK.
- Keller, W., Stehle, S., Dilg, R., et al. (1999). Empirical Research in Psychoanalysis and Analytic Psychotherapy. *Destruction and Creation: Personal and Cultural Transformations*; Mattoon, M., Ed.; Daimon: Einsiedeln, Switzerland, 556–586.
- Keller, W., Westhoff, G., Dilg, R., Rohner, R., Studt, H.H. (2002). The study group on empirical psychotherapy research in analytical psychology. Efficacy and cost-effectiveness aspects of outpatient (Jungian) psychoanalysis and psychotherapy – a catamnestic study. *Longer-Term Psychoanalytic Treatment: Perspectives for Therapists and Researchers*; Leuzinger-Bohleber, M., Target, M., Eds.; Whurr: London, UK.
- Kleeberg, A., Schreiber, S. & Schwinger, T. (2003). Symbole als Ausdruck der therapeutischen Beziehung. Eine empirische Untersuchung zur Schattensymbolik in einer jungianischen Psychotherapie. *Analytic Psychology*, 34, 266–297.
- Krapp, M. (1997). Pictorial-hermeneutic, qualitative methods. In *Open Questions in Analytical Psychology*; Mattoon, M.A., Ed.; Daimon: Einsiedeln, Switzerland, 581–586.
- Lambert, M.J. (2004). *Bergin and Garfield's Handbook of Psychotherapy and Behavior Change*, 5th ed.; Wiley: New York, NY, USA.
- Mattanza, G., Jakobsen, T. & Hurt, J. (2006). Jung'sche Psychotherapie ist effizient. *Seele und Forschung. Ein Brückenschlag in der Psychotherapie* (in German); Mattanza, G., Meier, I., Schegel, M., Eds.; Karger: Basel, Switzerland, 38–82.
- Muller, M.A. (2001). Psychosomatic Study of Patients with Vitiligo from an Analytical Approach. Ph.D. Dissertation, Pontificia Universidade Católica de São Paulo, Sao Paulo, Brazil.
- Orlinsky, D.E., Grawe, K. & Parks, B.K. (1994). Process and Outcome in Psychotherapy. *Handbook of Psychotherapy and Behaviour Change*, 4th ed.; Garfield, S.L., Bergin, A.E., Eds.; Wiley: New York, NY, USA, 270–376.
- Roesler, C. (2010). *Analytische Psychologie heute. Der aktuelle Stand der Forschung zur Psychologie C.G.Jungs* (German); Karger: Basel, Switzerland.
- Roesler, C. & Götz, N. (2012). Manual zur Strukturalen Traumanalyse (in German). Available online: <http://www.cgjung.de/forum/index.php?page=Thread&postID=37#post37> (accessed on 22 September 2013).
- Roesler, C. (2013). A Research Frame for Investigating the Appearance of Synchronistic Events in Psychotherapy. *The Pauli-Jung Dialogue and Its Impact Today*; Atmanspacher, H., Fuchs, C., Eds.; Imprint Academic: Exeter, UK, 2013.
- Rubin, S.I. & Powers, N. (2013). Analyzing the San Francisco Psychotherapy Research Project. Available online: <http://www.sirseth.net/doc/SFresearch.pdf> (accessed on 27 July 2013).
- Rudolf, G., Dilg, R., Grande, T., et al. (2004). Effektivität und Effizienz psychoanalytischer Langzeittherapie: Die Praxisstudie analytische Langzeittherapie. *Psychoanalyse des Glaubens*; Gerlach, A., Schlösser, A., Springer, A., Eds.; Psychosozial: Gießen, Germany, 515–528.
- Tavares, M.L. (2002). *The Patient's Psyche in Cancer Terminal Phase*. Ph.D. Dissertation, Pontificia Universidade Católica de Sao Paulo, Sao Paulo, Brazil.
- Tschuschke, V., Cramer, A., Koemeda, M., Schulthess, P., von Wyl, A., & Weber, R. (2010). Fundamental Reflections on Psychotherapy Research and Initial Results of the Naturalistic Psychotherapy Study on Outpatient Treatment in Switzerland (PAP-S). *Int. J. Psychoth.*, 14, 247–256.

Westen, D. & Morrison, K.A. (2001). Multidimensional meta-analysis of treatments for depression, panic, and generalized anxiety disorder: An empirical examination of the status of empirically supported therapies. *J. Consult. Clin. Psychol.*, 69, 875–899.

Yoshika, M.L. (2002). *A Psychosomatic Study of Women with Polycystic Ovary Syndrome (PCOS) through Sandplay Therapy*. Ph.D. Dissertation, Pontifica Universidade Catolica de Sao Paulo, Sao Paulo, Brazil.

Анотація. Із 1990-х років, головним чином у Німеччині та Швейцарії, проводилися декілька дослідницьких проєктів та емпіричних досліджень (процесу та результатів) юнгіанської психотерапії. Тут підсумовуються перспективні, натуралістичні дослідження результатів і ретроспективні дослідження з використанням стандартизованих інструментів і даних медичного страхування, а також декілька якісних досліджень аспектів психотерапевтичного процесу. Ці дослідження ретельно розроблені, а результати добре застосовні до умов амбулаторної практики. Усі дослідження демонструють значне покращення не лише на рівні симптомів і міжособистісних проблем, але й на рівні структури особистості та повсякденної поведінки. Ці покращення залишаються стабільними протягом шести років після завершення терапії. Декілька досліджень показують подальші покращення після завершення терапії – ефект, на який завжди претендував психоаналіз. Дані медичного страхування показують, що після юнгіанської терапії в пацієнтів знижується рівень звернення за медичною допомогою до рівня, нижчого навіть за середній рівень у загальній популяції. Результати декількох досліджень показують, що юнгіанська терапія переводить пацієнтів із рівня тяжких симптомів на рівень, коли можна говорити про психічне здоров'я. Ці суттєві зміни досягаються в ході юнгіанської терапії протягом в середньому 90 сесій, що робить юнгіанську психотерапію ефективним та економічно обґрунтованим методом. Дослідження процесів підтримують юнгіанські теорії щодо психодинаміки й елементів змін у терапевтичному процесі. Отже, юнгіанська психотерапія нарешті досягла етапу, коли її можна називати емпірично перевіреним, ефективним методом. Ця стаття була вперше опублікована в журналі "Behavioral Sciences" у 2013 році (Том 3. Вип. 4). Редакційна рада журналу висловлює глибоку подяку автору статті – професору Крістіану Рослеру, а також Ганні Стембковській та Валентині Самусь за її україномовний переклад.

Ключові слова: юнгіанська психотерапія, емпіричне дослідження, ефективність, звернення за медичною допомогою, аналітична психологія.

Abstract. Since the 1990s several research projects and empirical studies (process and outcome) on Jungian Psychotherapy have been conducted mainly in Germany and Switzerland. Prospective, naturalistic outcome studies and retrospective studies using standardized instruments and health insurance data as well as several qualitative studies of aspects of the psychotherapeutic process will be summarized. The studies are diligently designed and the results are well applicable to the conditions of outpatient practice. All the studies show significant improvements not only on the level of symptoms and interpersonal problems, but also on the level of personality structure and in every day life conduct. These improvements remain stable after completion of therapy over a period of up to six years. Several studies show further improvements after the end of therapy, an effect which psychoanalysis has always claimed. Health insurance data show that, after Jungian therapy, patients reduce health care utilization to a level even below the average of the total population. Results of several studies show that Jungian treatment moves patients from a level of severe symptoms to a level where one can speak of psychological health. These significant changes are reached by Jungian therapy with an average of 90 sessions, which makes Jungian psychotherapy an effective and cost-effective method. Process studies support Jungian theories on psychodynamics and elements of change in the therapeutic process. So finally, Jungian psychotherapy has reached the point where it can be called an empirically proven, effective method. This paper was first published in the journal "Behavioral Sciences" in 2013 (Volume 3, Issue 4). The editorial board of the journal expresses deep gratitude to the author of the paper – Prof. Christian Roesler, as well as to Hanna Stembkovska and Valentyna Samus for its Ukrainian translation.

Key words: Jungian psychotherapy, empirical research, effectiveness, health care utilization, analytical psychology.

ПЕРВИННЕ ІНТЕРВ'Ю В ПАРНІЙ ТЕРАПІЇ¹

Клаус Кохер, доктор медичних наук, психоаналітичний парний терапевт,
Інститут терапії пар, м. Франкфурт-на-Майні, Німеччина

THE FIRST INTERVIEW IN COUPLE THERAPY

Klaus Kocher, M.D., Psychoanalytic Couple Therapist,
Institute for Couple Therapy, Frankfurt am Main, Germany
<https://orcid.org/0009-0003-9642-0156>
mail@klaus-kocher.de

Вступ. Коли ми вперше зустрічаємося з парою в нашому кабінеті (або в іншому місці, наприклад, у спеціалізованій установі), перед нами постає надзвичайно складна та одночасно дивовижна відправна констеляція.

У такій ситуації виникають різні запитання: хто і з ким тут насправді зустрічається? Яка початкова ситуація у взаєминах пари? Де перебуває кожен із них у своїй історії? Яка поточна мотивація в парі та хто кого привів? Також виникають запитання і глибшого характеру: які несвідомі обставини кожен із партнерів приніс із собою? Із якими таємними змовами (Willi, 1975) нам доведеться мати справу? Яка сцена, у рамках якої розігруються поточні події, у сенсі ажитації та співажитації (Klüwer, 1995) відбуватиметься у нас на очах (Argelander, 1989), і як нас – можливо, закономірно – до неї привели? Чи зможемо ми, використовуючи метод парної терапії, допомогти цьому подружжю, яке прийшло до нас з усіма очікуваннями та страхами, щоб кожен із них зміг відчувати й думати про свої стосунки по-новому – можливо, навіть таким чином, аби вони могли стати, як і раніше, парою, але вже в новому, зрілому розумінні?

Усі ці запитання, як і багато інших, можуть цікавити нас у зв'язку з приходом кожної нової пари до нас на первинне інтерв'ю. Тому, як уже було зазначено, ми перебуваємо в непростій ситуації.

Використовуючи аналітично орієнтований парний підхід, нам, як терапевтам, цікаво дізнатися про прояви несвідомих конфліктів у взаєминах пари та їхній вплив на динаміку перенесення та контрперенесення. Такі конфлікти від початку можуть бути інтенсивні й навіть сприяти як проясненню, так і збентеженню та навіть ускладненню ситуації в парі.

У той же час ми стикаємося з репрезентаціями «я» та об'єктних уявлень нашої пари (Scharff & Scharff, 1991) і неминуче стаємо контейнером проєктної ідентифікації, яка екстерналізується на нас.

Від самого початку нашої роботи ми перебуваємо в невизначених умовах, тому для того, щоб з'ясувати суть проблеми та орієнтуватися в ситуації, необхідно сфокусуватися на параметрах, що нам відомі, та які структурують терапевтичну зустріч із нашою парою та надають їй чітких обрисів.

Рамка. Забезпечуючи зовнішню рамку, ми надаємо надійний простір для терапевтичної зустрічі. Зовнішні умови рамки в їхній функції стримування символізують внутрішній потенційний простір, у якому може бути представлена тема пари. Ці зовнішні умови також включають час і частоту зустрічей, договір про оплату (через страхів компанії або в приватному порядку) та політику скасування або пропуску зустрічей. Якщо такі умови є, то атаки на рамку та її порушення, що мають більш глибоке значення, можна дослідити, а також зрозуміти, чи відбувається це в рамках спротиву, пов'язаного з перенесенням, або для перевірки надійності умов рамки. Для того, щоб

відповідна динаміка могла розгорнутися, перш за все, умови рамки мають стати стабільні.

Базові аспекти, які суттєво впливають на рамку і є важливою необхідною умовою, – це абстиненція, анонімність та нейтральність терапевта.

Психічний простір як внутрішня рамка. Створення психічного простору є основною базовою умовою психотерапевтичної роботи загалом. Завдання терапевта полягає в тому, аби виробити зі своїми пацієнтами такі взаємини, при яких чоловік і жінка (окремо або як пара) можуть почуватися захищеними та в безпеці, щоб вони могли почати досліджувати власні конфлікти, знаючи, що це саме те, що відбувається в безпечному просторі, де немає місця засудженню. Завдяки нашому прийняттю своїх клієнтів, а також професійному інтересу, який виражається в особливому вмінні слухати, ми сприяємо тому, що в цьому просторі розгортається історія пари з усіма її конфліктами та різними почуттями, які в інших ситуаціях зазвичай пригнічуються та знецінюються. За допомогою функції контейнерування (за Біоном) нашого терапевтичного способу слухання з часом пара розвиває ідентифікаційну здатність використовувати психічний простір для більш глибокого розуміння власної ситуації.

У цьому психічному просторі ми можемо слухати історію пари особливим способом, який дозволяє нам також бути на зв'язку з нашими власними афектами. Така увага, що вільно плаває, дозволяє нам розпізнати всередині нас несвідомі аспекти комунікації й таким чином супроводжувати пару як афективно, так і рефлексивно. При цьому ми слідуємо за подіями, що розгортаються, у тому вигляді, у якому пара їх нам підносить. У той же час ми можемо, перебуваючи в стані розслабленого слухання, отримати також уявлення про свідому та несвідому комунікацію самої пари та скласти враження про те, наскільки тісно учасники пари контактують між собою.

Комунікативні можливості всередині цього психічного простору специфічні та певною мірою унікальні, тому що ми можемо збагатити матеріал, що нам надається, нашими власними асоціаціями, пов'язавши його з фантазіями пари. У той же час існує простір для мовчання, який завжди відчувається по-різному залежно від ситуації та може мати різні значення.

У парній терапії наш специфічний спосіб слухання фокусується на образі пари, який нам презентується. Відповідно ми звертаємося не лише до кожної людини індивідуально, а й намагаємося зрозуміти комунікацію пари як систему. При цьому в центрі нашої уваги знаходяться виявлені афекти, оскільки вони часто надають прямий доступ до несвідомих конфліктів, у яких беруть початок почуття пари.

Прояв таких почуттів – це ніщо інше, як інсценування більш ранніх сімейно-історичних конфліктних взаємин, що проявляються тут і зараз.

Коли ми надаємо психічний простір для спілкування з парою, де ми слухаємо історію, що розгортається, і одно-

¹ Переклад з німецької – Марія Євграшина

часно перебуваємо в контактi з нашим власним внутрішнім світом, важливо залишити місце для чогось, що ми не розуміємо, тобто для того, що нам ще не зрозуміло.

Ця «негативна здатність» (negative capability – за Біоном – поняття, яке спочатку було взято в англійського поета Кітса) звільняє нас від безпосереднього примусу «прямо зараз зрозуміти все правильно», оскільки ми знаємо: це цілком неможливо. Психічний простір повинен мати місце для чогось, що нам ще не зрозуміло, а це нерідко може бути з'ясовано лише під час подальшої роботи.

Перенесення та контрперенесення. Усі зазначені передумови – психічний простір як внутрішня рамка терапії з можливістю відкритого слухання та готовністю взаємодіяти з внутрішнім світом пари та слідувати за їхніми почуттями – формують так звану вузлову точку в готовності психотерапевта до контрперенесення. При контрперенесенні ми фіксуємо в собі різні аспекти перенесення, які ми отримуємо як у сукупності від пари, так і від кожного з цієї пари окремо. Може статися так, що протягом тривалого часу контрперенесення залишається значною мірою несвідомим. В інших випадках це може здатися нам перешкодою, що супроводжується відчуттям дискомфорту та напруги з боку терапевта. Якщо ми серйозно поставимося до подібних спостережень і намагатимемося їх опрацювати, то вони можуть дати нам важливі підказки щодо внутрішнього устрою пари. Часто проєктивна ідентифікація в такому вигляді передається несвідомо, і завдання полягає в тому, щоб через поглиблене розуміння цих почуттів розпізнати аспекти перенесення несвідомих об'єктних стосунків пари.

Робота з нашими почуттями контрперенесення є важливою відправною точкою для втручань, які ми застосовуємо під час роботи з парою. Це дозволяє нам вступити в контакт із патернами, які використовує пара, показуючи нам свої способи захисту, призначені, зрештою, для захисту від страху та болю. З одного боку, враження, що складаються за допомогою нашого контрперенесення, є важливими інструментами нашого терапевтичного знання про несвідомий конфлікт пари, з іншого – існує ризик ускладнень, якщо ми через нашу афективну позицію діємо неусвідомлено.

Коли ми звертаємося до несвідомих страхів, із якими пара до нас приходить, ми торкаємося делікатної області, оскільки маємо справу з темами, які здаються такими, що становлять загрозу, та, отже, викликають захисні реакції. Зрештою, коли ми намагаємося говорити з парою про конфлікти, то постійно перебуваємо в напрузі через зіткнення двох моментів – готовністю захищати та бажанням щось зрозуміти, щоб мати можливість змінити ситуацію.

Робота з точки зору теорії об'єктних стосунків у парній терапії. Уже на початку парної терапії, по суті ще до першої зустрічі з психотерапевтом – під час перших роздумів про необхідність парної терапії та виникнення бажання записатися на консультацію – у парі виникає перше, ще несвідоме, сприйняття внутрішньої потенційної рамки, яка має важливе значення. Цей процес певною мірою схожий на те, що відбувається на початку зародження будь-яких взаємин: погані об'єкти, знехтувані до певного часу, з'являються лише тоді, коли стосунки стають реальністю – до цього вони будуть відхилені потужними ідеалізаціями та відчуттям захоплення початком терапії.

Так, на початковому етапі терапії в учасників виникає безліч різних вимог; деякі пари проходять цей етап дуже швидко та без видимого страху, в інших випадках виникають типові труднощі, які висувають особливі вимоги до контрперенесення терапевта.

Часто на прийом приходять пари, у яких із самого початку досить яскраво виражені сумніви та нерішучість. Можна сказати, що безпосередньо перед початком відбувається свого роду тест на довіру: чи варто взагалі довіряти терапії та терапевту.

Тому перша фаза в проведенні парної терапії особливо важлива, оскільки ворожі та агресивні аспекти об'єктних стосунків, які були відхилені, уже проявляються тут і впливають істотно як на перенесення пари, так і на контрперенесення терапевта.

Умовно можна виокремити деякі типові важливі на даному етапі теми, які природним чином впливають одна на одну й перетинаються в процесі лікування. Вони проявляються відразу ж на початковому етапі, і подальше опрацювання цих тем, звичайно, є складовою великих розділів усього курсу терапії.

Цілі та труднощі початку терапії:

1. Робота зі спротивом у зв'язку з перенесенням, що виникло.

2. Домовленість та підтвердження терапевтичної рамки.

3. Врахування та приймання раніше відхилені моменти об'єктних стосунків.

4. Концентрація уваги на проєктивній ідентифікації в перенесенні та контрперенесенні, яка іноді може переживатися досить болісно.

5. Встановлення надійних та стійких робочих стосунків на основі перенесення.

6. Розширення меж сприйняття пари як щодо себе, так і щодо свого партнера.

7. Опрацювання захисних структур та загальних невротичних захисних механізмів (змова!), які підтримуються за допомогою спільних несвідомих проєктивних ідентифікацій з метою досягнення більшої внутрішньої гнучкості, враховуючи як самосприйняття, так і сприйняття партнера.

8. Робота з пробними інтерпретаціями та іншими терапевтичними втручаннями. Як пара може пристосуватися до інтерпретувальної діяльності терапевта, і що може пара в цілому, і кожен партнер окремо використовувати для свого розвитку?

9. Який внесок обидва партнери несвідомо роблять у сукупність спільних труднощів пари в стосунках, і як такі індивідуальні моделі підкріплюються спільними проєктивними ідентифікаціями?

10. Врахування глибоких несвідомих порушень, які знову та знову індукують захисні процеси.

11. Робота над реструктуруванням спільних схем захисту з метою запуску спільного внутрішнього процесу зростання, що забезпечує численні можливості для свободи пари.

Використовуючи віньєтку первинного інтерв'ю, спробуємо розібрати вищезазначені аспекти.

Пан К. та пані С. Пан К. та пані С. (39 і 33 роки відповідно) були знайомі три роки, спочатку це були стосунки на відстані, поки пані С. півтора року тому не змінила місце проживання та переїхала до пана К. Він – торговий службовець, вона – спеціаліст зі збуту та постачання, наразі вивчає бізнес-адміністрування.

Первинне інтерв'ю пари стало можливим завдяки ініціативі пана К. Він зателефонував мені й домовився про зустріч у моєму офісі, оскільки в нього склалося враження, що його партнерка дедалі більше віддаляється від нього, і це його дуже непокоїло.

Моє перше враження – це сучасна пара. Із першої зустрічі і чоловік, і жінка швидко завоювали мою симпатію. У ході нашого подальшого знайомства пані С. була досить стримана та замкнута, що не здавалося мені недоречним. Водночас у пана К. я відмітив певну напружену послужливість, ніби з самого початку нашого спілкування він розраховував встановити близькість, яка б не залишила місця для специфічного спілкування, а також для іншого варіанта розвитку ситуації першої розмови.

Коли я запитав, що привело їх до мене, він почав розповідати про те, наскільки гармонійними були їхні взаємини до останнього часу, що вони загалом дуже задо-

волені одне одним, а також що в них було задовільне сексуальне життя. Пан К. розповів, що це були перші тривалі стосунки в його житті, тоді як раніше в нього були лише короткострокові та легковажні історії. Але як тільки він познайомився з пані С., то відразу зрозумів, що це та жінка, яку він шукав і уявляв у ролі своєї дружини.

Прислухаючись, я відчув легке роздратування, тому що вся розповідь чоловіка мені здалася надто гармонійною. Водночас я відмітив його нерішучість в обговоренні більш проблемних тем.

Жінка ж, навпаки, здавалася радше пасивною, майже не дивилася ні йому, ні мені в очі, ніби хотіла спочатку почекаати та вислухати, що розповість чоловік.

Він повідомив, що стосунки в їхній парі погіршилися після того, коли близько півроку тому дружина перервала вагітність. Чоловік відразу ж підкреслив, що вони разом ухвалили це рішення, і що він у жодному разі не хотів чинити тиск на свою дружину. Однак тепер він відчуває, що вона стала набагато більш закрита, і він дуже стурбований із цього приводу. Насамперед, він страждає через те, що вона майже повністю відмовилася від сексуальних стосунків. Він хотів би зробити все, щоб повернути колишнє порозуміння, що дуже важливе для нього.

Потім пан К. вичікувально подивився на дружину й замовк.

Після того, як вона ніяк не відреагувала на його заяву, настала пауза.

У мене склалося враження, що він намагається навмисне виставити на показ гармонію в їхніх стосунках, тому я поставив собі запитання: як жінка може почуватися під час усієї цієї тириди? Спонтанно мені спало на думку, що в спілкуванні цієї пари має бути багато мовчання.

Зрештою пані С. почала із зауваження, що вона пережила все це зовсім по-іншому, адже, зрештою, вона дуже хотіла дитину. Зробити аборт було лише його рішенням, адже він вважав дитину занадто великим тягарем і сказав, що поки не готовий, що їхні стосунки повинні спочатку стабілізуватися, перш ніж вона відчуватиме, що дозріла для того, щоб завести дитину.

Я відчув гіркоту в її словах, яка явно контрастувала з його зусиллями щодо підтримки гармонійного емоційного стану. До певної міри я сприймав розповідь жінки досить емоційно та збуджено, адже побачив інший бік медалі у відносинах цієї пари.

Поки вона говорила, я міг також відзначити, що чоловік виглядає винуватим, і його очі опущені додолу – на той момент атмосфера була дуже напружена.

У цьому місці я хотів би перервати хід інтерв'ю деякими роздумами, щоб встановити зв'язок із попередніми теоретичними висловлюваннями.

1. Рамка. Ми можемо спостерігати, як неупереджене вислуховування терапевтом перетворює зовнішню терапевтичну рамку на внутрішню рамку проблематики пари. Це дозволяє виявити в партнерів невіршені проблеми. Готовність чоловіка розповідати контрастує з мовчанням жінки, до того ж згодом ми дізнаємося, що її сексуальну готовність також змусили замовкнути.

2. Перенесення та контрперенесення. Протягом першого інтерв'ю в мене з'явилося почуття дисгармонії та напруженості. Це було викликано неприродною життєрадісністю та активністю чоловіка під час розмови, що мало на меті передусім підтримувати враження про гармонійність стосунків у парі та, отже, служили захисним цілям. Однак на протипагу такому «позитивному» враженню явно проглядається мовчазність, що виходить від дружини, її постійна стриманість і навіть прихована агресія, що виявляється через фоновий настрій. Коли вона, нарешті, порушила своє мовчання та озвучила протилежну точку зору на ситуацію, що склалася в їхній парі, моя напруга ослабла, і прийшло полегшення, оскільки мені стало зрозуміло, що конфлікт уже окреслений. У про-

цесі інтерв'ю акумулюються почуття дружини, які накопичилися протягом тривалого періоду і тепер, нарешті, можуть бути виражені. Чоловік, зі свого боку, перериває зоровий контакт, більше не демонструючи ні гармонії, ні усвідомлення своєї провини. Зміна, що відбувається в ньому, змінює почуття контрперенесення терапевта, який спочатку відчув полегшення, а потім відчув, що напруга відновилася.

3. Рівні об'єктних стосунків. Із погляду теорії об'єктних стосунків йдеться про одностороннє бажання дружини мати дітей і водночас про процес конфліктної триангуляції. З точки зору психології розвитку триангуляція вказує на емансипативний крок від діади до інтерналізації тріадичної внутрішньої структури, де почуття винятковості ставиться під сумнів і відкриваються нові можливості для розвитку особистості. У цій частині розмови впадає в око те, що дружина робить аборт самостійно, перекладаючи відповідальність за це на чоловіка.

Консультація парного терапевта є ще одним аспектом триангуляції. Зокрема, чоловік бере на себе ініціативу та відповідальність за пошук гармонії в парі, яка повинна приховати відчуженість, що з'явилася, тоді як дружина спочатку здається більш пасивною та закритою, внаслідок чого відчуженість при їхньому спілкуванні заповнює весь простір. Потім він формулює наявну проблему децю драгівливим способом – описує попередні «щасливі» стосунки в їхній парі, намагаючись розповісти про них якнайшвидше, водночас без потреби намагається не акцентувати увагу на основних сімейних конфліктах. Дружина в цьому випадку виступає стороною, що перешкоджає розповіді про гармонію, за яку він, вочевидь, не несе відповідальності. Ця обставина дозволяє дружині використовувати триангулярний простір терапії, аби отримати можливість обговорити проблеми, що давно виникли.

Виходячи з наведеного, ми можемо поставити запитання: чи сприяє триангуляція, яка присутня з різних причин (у дружини, насамперед, завдяки тому, що вона хоче мати дітей, у чоловіка – внаслідок відвідування парного терапевта), пошуку подальшого розвитку пари, чи вона є регресивним способом захисту від деструктивної агресії, що символічно виявилася в аборті.

Тут можна також сформулювати гіпотезу про несвідомо утворений конфлікт змови учасників пари – змова полягає в тому, що чоловік і дружина перекладають один на одного взаємно віддзеркалені частини почуттів, які символізують розвиток та автономію, оскільки вони переживаються в їхньому розвитку як занадто перевантажені конфліктами та загрозливими.

Тепер повернемося до продовження інтерв'ю.

Я запитав, як було прийнято рішення зробити аборт, і в кабінеті знову повисло напружене мовчання.

Чоловік повідомив, що він відтягував ухвалення рішення та втік на пробіжку, як зазвичай це робить, коли хоче подумати та сконцентруватися. Під час пробіжки він зміг спокійно все обміркувати, сформулювати свої думки та вирішив відповісти згодою на бажання дружини мати дітей. Хоча, з його точки зору, зараз їм ще занадто рано заводити дітей, але все ж таки він дійшов висновку, що зможе з цим жити.

Повернувшись додому, він вирішив поговорити з дружиною на тему, що хвилює їх обох. Причому чоловік спробував розвинути хід своїх думок таким чином, як оформив їх під час пробіжки, щоб висловити все якнайточніше, і тому, у першу чергу, він почав перераховувати всі негативні моменти, пов'язані з появою в їхньому житті дитини.

Однак дружина зрозуміла його так, ніби він хотів сказати їй, що вони не готові зараз до дитини, що він проти такого рішення. Тому вона припинила розмову, самоусунилася, а потім самостійно вирішила зробити аборт і здійснила це.

У цей момент нашого інтерв'ю жінка різко перервала чоловіка зауваженням, що вона ніколи так не розуміла його висловлювання про дитину, і що зараз вона дуже вражена та засмучена, що побачила це таким чином. Вона відчувала нестерпні й навіть дещо трагічні почуття у зв'язку з тим, що сталася така аварія їхніх взаємин, і це призвело до таких серйозних наслідків.

Я також відчував сильне роздратування та інтенсивну напругу, що зростала в усьому тілі, ніби діалог пари, що не відбувся, у цій формі проєктивної ідентифікації знайшов своє вираження.

На якийсь час ми всі замовкли. Ця ситуація видалася мені випробуванням на міцність, яке в прямому сенсі відгукнулося певними відчуттями в моєму тілі. Виходячи з цих відчуттів, я спробував оцінити ситуацію, що склалася, і описати напругу, що відчувається в просторі: «Щойно ми всі відчули щось дуже інтенсивне – воно пов'язане з напругою, яка виникає, коли почуття чи дії не можуть бути виражені словами. Можливо, ми можемо спробувати зрозуміти причини такої безсловесності».

Спочатку реакція на мою заяву залишалася неясною – і чоловік, і жінка мовчали, не зводячи очей. Я розумів абсолютно чітко: мені буде дуже складно вступити з ними в контакт. Обидва вони сповнені розпачу і в той же час здаються запеклими, тому я почував себе так, ніби переміщався мінним полем.

Наша сесія добігає кінця. Я не був упевнений, чи маю наполягати на тому, щоб допомогти прояснити причини досі присутнього почуття напруги. У ситуації, що склалася, я вирішив не робити цього. Я відчував, що мені важко витримувати таку напругу, тому навіряд чи зміг би встояти перед бажанням сказати щось корисне.

У цьому випадку мені трохи допомагає думка, що, намагаючись бути «корисним», я б став на захист пари, щоб зробити трохи більш стерпним те, що не може бути висловлено словами.

Ми домовилися про ще одну зустріч.

У наступному абзаці я хотів би поділитися своїми теоретичними міркуваннями.

Ми дізналися, що чоловік постійно відкладав ухвалення рішення та навіть втік від цього на пробіжку. Очевидно, він знайшов собі місце, де зміг ухвалити рішення про те, що, незважаючи на свої побоювання та страхи, може змиритися та жити з бажанням своєї партнерки мати дітей. Тут впадає в око, що чоловіка хвилює лише те, чи зможе він виконати бажання дружини, а не те, що для нього може означати взяти на себе роль батька. Тут має місце можливий сімейний невротичний аспект у загальній картині: чи є чоловік у результаті лише слухняною дитиною своєї матері (дружини)? Чи був у нього самого батько, який не зміг позитивно вплинути на нього, і який таким чином не відкрив йому можливість сформувати власну мужність, включаючи уявлення про батьківство? Чи не ігнорує він себе в цій ситуації як чоловіка, оскільки саме тут існує прогалина в його розвитку, яку він не може закрити?

У свою чергу, дружина під час інтерв'ю припиняє свою спочатку пасивно-мовчазну поведінку, активно висловлюючись і дозволяючи своїм агресивним афектам, що стримувались, заповнити простір. Вона описує своє почуття «нестерпності» у зв'язку з крахом взаєморозуміння в їхній парі, оскільки її власний крок – рішення зробити аборт, який означав для неї величезну жертву, раптово стає безглуздом.

Напруга, яка раніше виникла в мене при контрперенесенні, продовжувала наростати протягом розмови, тому її навіряд чи можна було терпіти. Дружина, швидше за все, відчувала те саме на етапі прийняття рішення. Очевидно, несвідома вибухонебезпечність цієї ситуації все ще була дуже сильна, тому що в цій терапевтичній ситуації всі присутні були захоплені зненацька. До того ж і я як терапевт відчував себе вибитим із сідла у своїй «помічній» ролі.

Причиною цього було потрясіння пари, яка ще несвідомо перебувала під впливом пережитого абортів – ця психологічна травма досі ними ще не опрацьована, не кажучи вже про її інтеграцію.

Я також усвідомив, що будь-який примус на цьому етапі міг призвести лише до подальшої скутості моїх пацієнтів, тому вирішив, насамперед, витримувати конфліктну напругу, яка все ще не піддавалася поясненню, щоб мати можливість знову наблизитися до неї в наступній розмові.

Під час нашої другої зустрічі мені стало зрозуміло, що взаємини в парі не змінилися, і я виразно відчув агресивний фоновий настрій чоловіка та дружини, що ховається за їхнім мовчанням. Тому я звернувся до їхнього прихованого почуття гніву безпосередньо: «На попередній зустрічі мені здавалося, що вам практично неможливо вступити в контакт один з одним. У мене склалося враження, що ви уникаєте обговорювати між собою свої проблеми, бо боїтеся, що гармонія ваших стосунків буде зруйнована. Схоже, що ви злитесь один на одного. Ймовірно, у кожного з вас є спогади про подібні ситуації, коли говорити чи виявляти свої емоції вам здавалося неможливим».

Після цих слів у мене склалося враження, що напружена атмосфера мовчання почала потроху змінюватися на краще, і напруга між подружжям дещо ослабла.

Після довгої паузи чоловік, нарешті, заговорив і з явним відчутним внутрішнім хвилюванням поділився спогадами зі свого дитинства, розповів про стосунки з батьками. Із раннього віку він і його брат відчували, що найголовніше в батьківському будинку – це підтримання гармонії за всяку ціну. Батьки ніколи не говорили про свої проблеми, у сім'ї завжди все замовчувалося, але водночас він часто відчував сильну напругу між батьком та матір'ю. Вони ніколи не з'ясовували стосунки й не сперечалися, проте присутню в сім'ї нескінченну напругу діти відчували, як постійний несвідомий стрес.

Поки чоловік розповідав усе це, його дружина вперше зацікавлено подивилася йому прямо у вічі, між ними почав налагоджуватися контакт. У мене склалося враження, що риси її обличчя стали м'якшими, напруга зникла.

Коли він закінчив свою розповідь, я, дивлячись на дружину, підбадьорив її кивком голови, запрошуючи прокоментувати почуте.

Вона нерішуче починає говорити. Жінка була зворушена тим, що розповів її чоловік, проте, безперечно, їй було не зрозуміло, як це все пов'язано з їхньою ситуацією. Разом із тим вона була здивована, як мало він розповідав їй про своє дитинство.

Протягом цієї зустрічі, а також під час усіх наступних сесій атмосфера безмовності неодноразово повторювалася. Але все-таки я відчував, що це мовчання з кожною зустріччю вже було все менш нестерпним. Крім того, мені стало легше організовувати моменти, коли вони могли зустрічатися та обмінюватися своїми думками. У результаті дружина також спромоглася поділитися спогадами про свій минулий життєвий досвід.

Після нашої першої сесії вона розповіла про розлучення своїх батьків, коли їй було лише вісім років. Тоді вона почувала себе дуже невпевнено та розгублено. Вона болісно сумувала за батьком, але не могла показати це матері, бо боялася виглядати нелояльною до неї. Зрештою, мати після розставання з чоловіком хотіла побудувати своє нове життя, і дочці доводилося їй допомагати. Тому в тій ситуації вона не мала місця для власних почуттів та прояву свого особистого горя.

Поки пані С. усе це розповідала, чоловік уважно дивився на неї, і на його обличчі відбивалося тепло, ніжність та кохання. Уперше я побачив, що він справжній, як і його почуття.

Здавалося, що начебто відкрився новий простір, у якому вони можуть повільно рухатися назустріч одне одному.

Нарешті мова зайшла про наступну дуже важливу тему – дружина з власної ініціативи розпочала розмову про аборт. З її відвертої розповіді стало очевидно, що, з одного боку, вона була засмучена та дуже розлютилася на нього через спробу поговорити з нею таким способом, що призвів до непорозуміння, але, з іншого боку, вона сама була глибоко амбівалентна з приводу свого бажання мати дітей.

Стає зрозуміло, наскільки безмовність між двома людьми, хай навіть несвідома, може стати засобом самотусування. Таким чином, розуміючи це, не доведеться мати справу з тривожними проблемами, що викликають страх.

На завершення, виходячи з усього вищесказаного, можна констатувати, що для створення атмосфери спілкування, яка, зрештою, могла б виявитися корисною для пари, частково було можливо використовувати терапевтичну рамку. Зокрема, вдалося торкнутися теми сімейного минулого чоловіка – під час розмови він описав свою важку ситуацію з дитинства, пов'язану з його батьками. Цим підтверджується гіпотеза, що насправді існувало дуже мало простору для розвитку автономної чоловічої ідентичності. Проте йшлося про збереження гармонійної сімейної атмосфери, де чоловік відвів собі ключову роль. Наслідки обставин, що склалися, полягали в тому, щоб відкласти власні інтереси, зберегти слабке «я» для того, щоб залишатися залежним і лояльним до батьків (можливо, навіть у несвідомому едиповому зв'язку з матір'ю). На цьому тлі можна припустити, що чоловік несвідомо шукав відновлення

власного «я» в партнерці, у відносинах із нею, які спочатку здавалися йому стабільними, але водночас також почував себе «перевантаженим» для ролі батька.

Оскільки чоловік зумів відкритися в розмові і таким чином дозволив зіткнутися зі світом його почуттів, дружина змогла знову повернутися до нього. Її озлобленість по відношенню до чоловіка поступово ослабла, з'явилися тепліші почуття. Досі вона мало що знала про дитинство свого партнера. Можливо, це була заборонена для нього тема, і він зміг говорити про минуле лише в присутності терапевта чоловічої статі.

Із розповіді дружини про її дитинство ми дізналися, що вона – дитина розлучених батьків, тому їй довелося дуже рано та болісно відчувати відсутність у своєму житті батька. Через тактовне ставлення до своєї матері дочка не дозволяла собі визнавати власні бажання та виявляти емоції, що мали місце. Внаслідок такого розвитку ми спостерігаємо в неї пригнічені агресивні афекти та порушений розвиток автономії.

Тому одноосібно запланований та здійснений аборт, із цієї точки зору, може розглядатися як агресивний акт щодо власного бажання автономії.

Уже в первинному інтерв'ю пари є всі зазначені нами лінії розвитку. Метою подальших зустрічей буде об'єднання отриманих гіпотез із новим матеріалом, щоб допомогти парі перейти на кардинально інші способи спілкування один з одним.

Список літератури:

- Argelander, H. (1989). *Das Erstinterview in der Psychotherapie*. Darmstadt, Wissenschaftliche Buchgesellschaft.
 Klüwer, R. (1983). *Agieren und Mitagieren. Studien zur Fokalthherapie*. Frankfurt a. M., Suhrkamp Taschenbuch Wissenschaft.
 Klüwer, R. (1995). *Agieren und Mitagieren - Zehn Jahre später. Zeitschrift für Psychoanalytische Theorie und Praxis*, 10, 45–70.
 Scharff, D.E. & Jill, S. (1991). *Object Relations Couple Therapy*. Lanham MD, Aronson.
 Willi, J. (1975): *Die Zweierbeziehung*. Reinbek, Rowohlt.

Анотація. У цій статті висвітлені питання, що виникають у контексті первинного інтерв'ю з парою, яка звернулася за терапевтичною допомогою. У роботі передусім розглянуті зовнішні та внутрішні умови рамки (сетингу), у яких може розгортатися несвідома динаміка пари. Автор розповідає про особливий простір, де є місце для обговорення процесів перенесення та контрперенесення, що виникають на самому початку. Ще одне завдання, яке стоїть перед автором, – показати роль об'єктних стосунків та їхній вплив у контексті терапевтичної роботи з парою. Його теоретичні міркування проілюстровані на основі докладного опису першого контакту та наступних пробних зустрічей у клінічному контексті. Зокрема, увага приділяється як сприйняттю почуттів терапевта, так і його спробам вербалізувати їх у рамках відповідних втручань. Цей текст був уперше опублікований німецькою мовою у 2008 році у фаховому німецькому журналі "Psychoanalytische Familientherapie" («Психоаналітична сімейна терапія», випуск 17, том 2) і люб'язно наданий автором для перекладу українською мовою та подальшої публікації в «Українському психоаналітичному журналі». Редакційна рада висловлює глибоку подяку автору статті – доктору Клаусу Кохеру, а також перекладачці, психоаналітичній терапевтці пар, членкині Дивізіону «Психоаналітична психологія і психотерапія» ГС Національної психологічної асоціації – Марії Євграшиній (Берлін, Німеччина). Доктор Клаус Кохер є доктором медичних наук, спеціалістом із психотерапії та психоаналізу, сертифікованим Німецькою психоаналітичною асоціацією, яка належить до Міжнародної психоаналітичної асоціації (IPA), а також є членом Федеральної асоціації психоаналітичної парної та сімейної терапії (BvPPF). Крім того, доктор Кохер є співзасновником Інституту парної терапії (IfP) у місті Франкфурті-на-Майні, Німеччина.

Ключові слова: первинне інтерв'ю, парна терапія, зовнішні та внутрішні рамки, перенесення та контрперенесення, теорія об'єктних стосунків.

Abstract. In this paper, the author discusses questions concerning the frame of a first interview with a couple looking for therapeutic support. The external and internal frame is described in which the unconscious dynamic of the couple will unfold, taking account of the aspects of transference and counter-transference, which show up soon in the beginning. Furthermore, the role of object relations and their impact concerning couple therapy is described. In a case vignette of a first contact with a couple, these theoretical considerations are linked with clinical material emphasizing the perception of feelings of the therapist and his attempt to verbalize them appropriately. This paper was first published in German in 2008 in the scientific German journal "Psychoanalytische Familientherapie" ("Psychoanalytic Family Therapy", Issue 17, Volume 2) and was kindly provided by the author for translation into Ukrainian and further publication in the "Ukrainian Psychoanalytic Journal". The editorial board of the "Ukrainian Psychoanalytic Journal" expresses deep gratitude to the author of the paper - Doctor Klaus Kocher, as well as to the translator, psychoanalytic couple therapist, and member of the "Psychoanalytic Psychology and Psychotherapy" Division of the National Psychological Association – Mariia Ievgrashyna (Berlin, Germany). Doctor Klaus Kocher has a M.D., is a specialist in psychotherapy and psychoanalysis, certified by the German Psychoanalytic Association, which is affiliated with the International Psychoanalytic Association (IPA), and is also a member of the Federal Association for Psychoanalytic Couple and Family Therapy (BvPPF). In addition, Dr. Kocher is the co-founder of the Institute for Couples Therapy (IfP) located in Frankfurt am Main, Germany.

Key words: first interview, couple therapy, external and internal frame, transference, counter-transference.

НАРИС ПСИХОАНАЛІЗУ. ЧАСТИНА 2. ПРАКТИЧНІ ЗАВДАННЯ

Зигмунд Фройд

AN OUTLINE OF PSYCHOANALYSIS. PART II. PRACTICAL ISSUES

Sigmund Freud

Переклад з німецької - Єгор Буцикін

Розділ 6. Психодіалітична техніка

Отже, сновидіння – це психоз з усіма його нісенітницями, мареннєвими утвореннями й хибними сприйманнями (Sinnestäuschungen). Щоправда, психоз короткотривалий, нешкідливий, ба навіть наділений корисною функцією; його зачинає згода особи й завершує вольовий акт. Але це однаково психоз, і завдяки йому ми з'ясували, що навіть таку далекосяжну переміну душевного життя можна обернути навспак, відкривши простір нормальному функціонуванню. Тож чи не надто сміливо сподіватися, що й на жахливій спонтанній душевній хвороби можна вплинути так само, зціливши їх у такий спосіб?

Уже чимало відомо про підготовчі дії, які слугують цій справі. За нашим припущенням, завдання Я – задовольняти домагання трьох панів: реальності, Воно і Над-Я. Водночас Я намагається зберегти свою організацію та відстояти незалежність. Тому вагомою підставою виникнення обговорюваних хворобливих станів може бути лише відносне чи цілковите послаблення Я, яке унеможливує виконання його завдань. Імовірно, найтяжча вимога для Я – притуплення (Niederhaltung) потягових домагань (Triebansprüche). Воно, внаслідок чого Я зазнає значних витрат на підтримання контрінвестицій. А втім, домагання Над-Я можуть бути також сильними й невблаганними – аж такою мірою, що Я ціпеніє перед іншими своїми завданнями. Тож ми підозрюємо, що в наявних тут економічних конфліктах Воно і Над-Я часто об'єднуються проти упослідженого Я, а останнє, аби вберегти свій нормальний стан, так би мовити, намагається чіплятися за реальність. Якщо перші двоє стають надто сильні, тоді їм вдається послабити Я, змінити його організацію – порушити адекватний зв'язок Я з реальністю, а чи й геть його знищити. Щось схоже ми також спостерігаємо під час сну: Я, відірвавшись від реальності зовнішнього світу, а отже перебуваючи під впливом внутрішнього світу, впадає в психоз.

Саме на цих вбачаннях ми й ґрунтуємо наш план зцілення: Я – ослаблене внутрішнім конфліктом, а ми маємо стати йому до помічі. Так само як у разі громадянської війни, яку прагнуть завершити з допомогою союзника, аналітично налаштований лікар і послаблене Я, спираючись на реальний зовнішній світ, мусять утворити партію проти спільного ворога, а саме проти потягових домагань Воно й домагань сумління Над-Я. Ми ніби укладаємо угоду. Слабке Я обіцяє цілковиту відвертість, тобто змогу розпоряджатися всім матеріалом, який ми отримуємо завдяки його самоспостереженню, а ми ж запевняємо в найсуворішому такті й ставимо йому в найми наш досвід тлумачення матеріалу, що перебуває під впливом несвідомого. Наше знання має компенсувати його незнання й у такий спосіб повернути Я контроль над утраченими царинами душевного життя. Наслідок цієї угоди – виникнення аналітичної ситуації.

Однак уже невдовзі після першого кроку на нас чатує розчарування – нагадування про смирення. Якщо Я хворого прагне бути цінним союзником у нашій спільній роботі, то, попри всі утиски ворожих йому сил, воно мусить зберігати певний ступінь згуртованості й мати трохи вбачень щодо вимог реальності. Цього не варто очі-

кувати від Я психотика, який не здатний дотримуватися такої угоди, ба навіть навряд чи зможе її укласти. Дуже скоро він відкидає як нашу особу, так і запропоновану йому допомогу в ті частини зовнішнього світу, які для нього більше не мають значення. Тому ми вважаємо, що варто відмовитися від спроб зцілити психотика. Імовірно, назавжди, а можливо, лише тимчасово – поки не відшукаємо відповідного способу.

Водночас є ще інший клас психічно хворих, очевидно, дуже схожий на психотиків, а саме невечерпна кількість важкохворих невротиків. Однаковими чи принаймні дуже схожими мають бути як умови їхнього захворювання, так і патогенні механізми, що беруть участь у їх формуванні. Однак цього разу їхні Я стійкіші й не такі дезорганізовані. Попри всі труднощі й викликані ними вади, чимало з них можуть утриматися в реальному житті, а також виявити готовність прийняти нашу допомогу. Тож ми воліємо обмежити наш інтерес ними, водночас випробувавши, якою мірою і в який спосіб їх можна «зцілити».

Отже, ми укладаємо з невротиками угоду: цілковита щирість в обмін на суворий такт. Утім, тут може виникнути враження, що в такий спосіб ми лише прагнемо посісти місце мирського сповідника. Однак насправді між нами значна відмінність, адже ми не лише хочемо почути від пацієнта те, про що він знає, але приховує від інших, а й прагнемо, щоб він розповів те, про що сам не знає. І тому докладно пояснюємо, що саме маємо на увазі під щирістю. Зобов'язуємо дотримуватися *засадничого аналітичного правила*, яким відтепер пацієнт має керуватися у своїй поведінці щодо нас. Варто розповідати не тільки те, про що він сам говорить охоче й з наміром, те, від чого легшає, як на сповіді, а й про все інше, що відкриває самоспоглядання, про все, що спадає на думку, навіть якщо говорити про це *неприсмно*, навіть якщо це здається *неважливим* або й *узагалі безглуздим*. І якщо, згідно із цією інструкцією, пацієнту вдасться вимкнути самокритику, ми отримаємо багатий матеріал для аналізу: думки, ідеї та спогади, які вже перебувають під впливом несвідомого, а часто є його безпосередніми похідними. Це дає змогу вгадати, що саме було витиснуто, і за допомогою нашого повідомлення розширити знання Я хворого про його несвідоме.

А втім, ми далекі від того, щоб обмежити роль Я самим постачанням потрібного нам матеріалу, змусивши його перебувати в стані пасивного послуху й водночас довіркою приймати тлумачення цього матеріалу. Відбувається й чимало іншого: як передбачуваного, так і несподіваного. Найдивовижніше тут те, що пацієнт не розглядає аналітика в реальному світі як помічника й радника, який вдовольнився б роллю, скажімо, провідника складним гірським маршрутом і якого до того ж варто було б винагородити за послуги. Натомість пацієнт бачить в аналітику певне повернення (реінкарнацію) важливої особи зі свого минулого, з дитинства, і тому переносить на нього почуття й реакції, які, очевидно, мали б спрямовуватися на цей первинний образ (Vorbild). Факт перенесення швидко набув неабиякого значення, з одного боку, як знаряддя незамінної вартості, а з другого – джерела серйозної

небезпеки. Перенесення *амбівалентне*, бо містить у собі як позитивні, ніжні, так і негативні, ворожі, настановлення (*Einstellungen*) щодо аналітика, якого зазвичай ставлять на місце родичів – батька чи матері. Якщо перенесення позитивне, воно слугує якнайкраще: змінює всю аналітичну ситуацію, відкидаючи раціональний намір стати здоровим і вільним від страждань, – його заступає прагнення догодити аналітику, здобути його схвалення й любов. Таке перенесення стає справжнім рушієм для співпраці пацієнта: до того слабке Я міцнішає, адже під впливом цього перенесення воно отримує те, що в інакший спосіб було б неможливо – симптоми зникають, і здається, що пацієнт одужає лише заради любові аналітика. Аналітику може бути соромно визнати, що, взявшись за таку важку справу, він не відав про надзвичайні сили, які в нього є.

Окрім цього, стосунки перенесення мають ще й інші дві переваги. Коли пацієнт ставить аналітика на місце свого батька (матері), він поступається йому владою, яку Над-Я здійснює щодо Я, оскільки батьки й були джерелом його Над-Я. Тепер це нове Над-Я має змогу для своєрідного *перевиховання* (*Nacherziehung*) невротика, воно може виправляти помилки, у припущенні яких завинили батьки впродовж виховання. Однак тут варто застерегти не зловживати новим впливом. Хоч би яку спокусу створювати людей за власним взірцем відчував аналітик, ставши вчителем, взірцем та ідеалом для інших, йому не варто забувати, що не це є його завданням в аналітичних стосунках, ба навіть він собі зрадить, якщо дозволить цій схильності себе захопити, адже тоді він лише повторюватиме помилку батьків: утискаючи своїм впливом незалежність дітей, замінити колишню залежність новішою. Докладаючи всіх зусиль для поліпшення й виховання, аналітик водночас має поважати своєрідність пацієнта. Ступінь впливу, що на нього можна наважитися в легітимний спосіб, визначатиметься ступенем виявленої в пацієнта затримки розвитку. Деякі невротики залишаються такими інфантильними, що навіть в аналізі до них можна ставитися лише як до дітей.

Ще одна перевага перенесення полягає в тому, що пацієнт з особливою виразністю зображує важливу частину своєї життєвої історії, про яку в іншому разі він, імовірно, обмежився б лише незадовільною довідкою. Він, так би мовити, діє, замість того щоб звітувати.

А тепер розгляньмо інший бік стосунків. Оскільки перенесення відтворює взаємини з батьками, воно також переймає їхню амбівалентність. Навряд чи можна уникнути того, що одного дня позитивне настановлення щодо аналітика перетвориться на негативне – вороже. Зазвичай це також відтворення (*Wiederholung*) минулого. Покірність батькові (коли ідеться саме про нього), упадання за його прихильністю, вкорінені в еротичному бажанні, спрямованому на власну особу. У певний момент це домагання також висувається на передній план у перенесенні й наполягає на його задоволенні. В аналітичній ситуації він може зіткнутися лише з відмовою. Реальні сексуальні стосунки між пацієнтом та аналітиком не дозволені, і навіть такі витончені види задоволення, як фаворитизм (*Bevorzugung*), близькість тощо, аналітик може допустити лише незначною мірою. Таку поведінку пацієнт може сприйняти за погорду, адже щось схоже відбувалося, імовірно, з ним у дитинстві. Це дасть йому підставу для перетворення [якості перенесення].

Передбачено, що успіхи зцілення, які виникають завдяки пануванню стану позитивного перенесення, мають *сугестивну* природу. Коли ж гору бере негативне перенесення, їх розносить як вітром полову. Із жахом усвідомлюєш марність усіх дотеперішніх зусиль і роботи. Навіть те, що можна було б вважати тривалим інтелектуальним виграшем пацієнта – розуміння психоаналізу, упевненість у його дієвості, – усе раптово зникає. Пацієнт поводить, як дитина, яка не має власного судження й сліпо вірить

тому, кому належить її любов, і геть не вірить чужинцям. Очевидно, небезпека станів перенесення в тому, що пацієнт не розуміє їхньої природи та приймає за нові реальні переживання, а не відображення минулого. Якщо він (чи вона) відчуває сильну еротичну потребу, яка ховається за позитивним перенесенням, то вірить, що палко закохався. Коли ж перенесення міняється, почувається ображеним і понехтуваним, ненавидить аналітика, як свого ворога, і готовий відмовитися від аналізу. В обох крайніх випадках він забуває про угоду, укладену на початку лікування, що, власне, зводить нанівець саму можливість продовжити співпрацю. Завдання аналітика – всякчас розвивати ілюзію, знову й знову показуючи, що те, що пацієнт сприймає за нове реальне життя, насправді лише відображення минулого. І задля збереження в пацієнта здатності чути аргументи дбає, щоб ані прихильність, ані ворожість не досягали крайніх висот. Пацієнта готують до таких можливостей на ранній стадії, не залишаючи непоміченими їхні перші ознаки. Таке дбайливе поводження з перенесенням зазвичай щедро винагороджується. Якщо, як це часто трапляється, нам вдається пояснити пацієнту справжню природу феноменів перенесення, то в такий спосіб з рук його спротиву вибивають потужну зброю, а небезпека перетворюється на виграш, адже те, що він пережив у формі перенесення, пацієнт уже не забуде, воно має переконливішу силу, ніж будь-що, отримане в інший спосіб.

Геть небажано, щоби пацієнт *діяв* з перенесення, а не з пригадування. Ідеальною для наших цілей поведінкою було б, якби він максимально нормально поведився поза лікуванням, а свої ненормальні реакції виражав лише під час перенесення.

Наш спосіб посилювати ослаблене Я починається з розширення самопізнання (*Selbsterkenntnis*). Ми знаємо, що це ще не все, але це перший крок. Втрата такого знання означає для Я позбавлення сили та впливу, це ще одна відчутна ознака того, що воно стиснуте й обмежене вимогами Воно та Над-Я. Тому перша частина нашої послуги складається з інтелектуальної роботи з нашого боку, а також із запрошення пацієнта до співпраці. Ми вважаємо, що ця перша активність має прокласти шлях до іншого, складнішого завдання. Але навіть на початку ми не маємо випускати з поля зору динамічну частину цього процесу. Матеріал для нашої роботи ми отримуємо з різних джерел: з того, на що вказують повідомлення й вільні асоціації пацієнта; того, що він показує у своєму перенесенні; того, що ми дізнаємося з тлумачення його сновидінь, а також того, що він зраджує, *поміляючись*. Увесь цей матеріал допомагає нам конструювати забуті події із життя пацієнта й незрозумілі йому самому нинішні. Однак ми ніколи не забуваємо відрізнити наше знання від знань пацієнта. Ми не поспішаємо відразу повідомляти йому про наші здогадки, або повідомляти все, про що, як нам видається, ми здогадалися. Ми ретельно обмірковуємо, коли варто повідомити про одну з наших конструкцій, вичікуємо моменту, який нам видається слухним, із чим геть не завжди легко впоратися. Зазвичай ми затягуємо з повідомленням певної конструкції – з поясненням, поки пацієнт сам не зайде так далеко, що залишається ступити тільки один крок, – утім, вирішальний синтез таки покладено на нас. Якби ми діяли інакше – нападали на нього зі своїми тлумаченнями, доки він до них не готовий, – повідомлення або було б безрезультатним, або викликало б виразний спалах *спротиву*, який утруднив би продовження роботи чи навіть поставив би її під сумнів. Однак, якщо все правильно підготувати, ми часто досягаємо того, що пацієнт сам підтверджує нашу конструкцію і відразу пригадує забутий внутрішній чи зовнішній процес. Що точніше конструкція покриває деталі забутого, то легше йому дійти з нами згоди. У цій частині наше знання також стає його знанням.

Згадавши спротив, ми наблизилися до другої, важливішої частини нашого завдання. Ми вже знаємо, що Я захищається від вторгнення небажаних елементів з несвідомого й витисненого Воно за допомогою контрінвестицій, недоторканність яких є умовою його нормального функціонування. Що більш пригнобленим почувається Я, то несамовитіше наполягає на цих контрінвестиціях, так би мовити, злякавшись, аби вберегти від подальших нападів те, що від нього залишилося. Утім, ця захисна тенденція геть не узгоджується з нашими лікувальними намірами. Натомість ми хочемо, щоб Я, зміцнене впевненістю в нашій допомозі, мало мужність атакувати, щоб повернути втрачене. Водночас ми можемо відчувати силу цих контрінвестицій як *спротив* нашій роботі. Я сторониться будь-яких починань, які видаються небезпечними й такими, що загрожують невтіхою, щоб нам не відмовити, воно потребує від нас постійного заохочення та плекання. Цей спротив, що зберігається протягом усього лікування й відновлюється з кожним новим етапом роботи, ми (не зовсім вдало) називаємо *спротивом витискання*. Це не єдине, із чим ми стикаємося. Цікаво, що в цій ситуації частини формуються (Parteibildung), сказати б, у зворотному порядку, тому що Я опирається нашій ініціативі, а несвідоме – інакше кажучи, наш супротивник – допомагає нам, бо має природний «піднесувальний потяг», воно не бажає нічого більшого за змогу проникнути за встановлені для нього в Я межі й у саму свідомість. Боротьба, яка розпалюється, коли ми дістали змогу реалізувати наш намір переконати Я подолати його спротиви, перебуває під нашим керуванням і відбувається за нашої допомоги. Байдуже, яким буде результат: чи він приведе до того, що Я після нового дослідження прийме досі заперечуване потягове домагання, а чи знову – цього разу остаточно – його відкине. В обох випадках тривала небезпека зникне, обсяг Я розшириться, а матеріальні витрати стануть зайвими.

Подолання спротиву потребує найбільше часу та найзначніших зусиль. Однак саме це спричиняє таку зміну стану Я, що її буде підтримувати й potwierджувати саме життя незалежно від успішності перенесення. Водночас ми також працюємо над усуненням перемін Я, що відбулися під впливом несвідомого, адже щоразу, коли ми могли виявити його похідні в Я, ми вказували на їхнє нелегітимне походження й спонукали Я їх відкинути. Пам'ятаймо, що це була одна з попередніх умов нашої домовленості про допомогу: зміни Я через вторгнення несвідомих елементів не мають перевищувати певної міри.

Що далі просувається наша робота й що глибшим стає наше вбачання особливостей душевного життя невротиків, то ясніше ми усвідомлюємо наявність двох нових чинників, які – як джерела спротиву – потребують найбільшої уваги. Обидва геть не відомі хворому, обидва не могли бути враховані під час укладання нашої угоди. Вони також не походять з Я пацієнта, і їх можна згрупувати за загальною назвою: потреби у хворобі чи стражданні, але вони мають різне походження, хоча й зазвичай схожі за своєю природою. Перший з двох моментів – це почуття чи усвідомлення провини, як його називають всупереч тому факту, що хворий її ані усвідомлює, ані визнає. Очевидно, це внесок (Beitrag) у спротив, зроблений Над-Я, яке стало особливо твердим і жорстоким. Індивід не має видужати – мусить лишатися хворим, бо на краще не заслуговує. Насправді цей спротив не перешкоджає нашій інтелектуальній роботі, однак робить її неефективною, бо, хоча часто дає змогу скасувати одну з форм невротичного страждання, одразу готовий замінити її на іншу, скажімо на соматичну, хворобу. Усвідомлення провини іноді також пояснюють спостережуване зцілення чи полегшення важких неврозів, зумовлених реальним нещастям. Проте людина в будь-якому разі залишається нещасною. Пікірна відданість, з якою такі особи часто зносять свою тяжку вдачу, дуже дивна, а втім, також показова. Захища-

ючись від цього спротиву, мусимо обмежитися його усвідомленням і спробою неспішно зруйнувати вороже Над-Я.

Не так легко довести існування іншого спротиву, з яким ми до того ж майже неспроможні боротися. Є невротики, що, як видно з їхніх реакцій, мають прямо-таки інверсію (Verkehrung) потягу самозбереження. Видається, що вони не прагнуть нічого іншого, крім завдати собі шкоди й саморуйнування. Імовірно, що до цієї групи також належать особи, які врешті завершують життя, вкоротивши собі віку. Ми припускаємо, що в цьому разі відбуваються значні перемішування потягів (Triebentmischungen), унаслідок чого вивільняється надмірна кількість спрямованого всередину деструктивного потягу. Такі пацієнти не можуть стерпіти продукцію (Herstellung) нашого лікування – усіма наявними засобами чинять йому спротив. Ми визнаємо, що не можемо пояснити цей випадок.

Тепер ще раз погляньмо на ситуацію, у якій ми опиняємося, намагаючись допомогти невротичному Я. Це Я більше не здатне виконувати завдання, що їх перед ним ставить зовнішній світ включно з людським суспільством. Воно не має всього свого досвіду, бо втратило більшу частину зі скарбниці своїх спогадів. Його активність стримують суворі заборони Над-Я, а енергію поглинають марні спроби захиститися від домагань Воно. Ба більше, внаслідок продовжуваного вторгнення Воно його організація пошкоджена – розщеплена (gespalten), більше не здатна до послідовного синтезу, її роздирають супротивні прагнення, нерозв'язані конфлікти й нерозвіяні сумніви. Ми ж даємо ослабленому Я пацієнта змогу взяти участь у суто інтелектуальній роботі тлумачення, яка має на меті тимчасово заповнити прогалини в його душевних надбаннях (Besitz), перенести на нас авторитет його Над-Я, запалити його, щоб розпочати боротьбу за кожне окреме домагання Воно й подолати спротиви, що виникають. Водночас ми відновлюємо в його Я лад (Ordnung), відстежуючи змісти й прагнення, які проникли з несвідомого, – критикуючи їх через зведення до їхнього джерела. Ми служимо пацієнту, виконуючи розмаїті функції авторитета й замітника батьків, вчителів і вихователів; чинимо для нього найліпше, коли, як аналітики, підносимо психічні процеси в його Я до нормального рівня над ватерлінією, перетворюємо те, що стало несвідомим і витисненим, на передсвідоме, відновлюємо в такий спосіб його Я. З боку пацієнта на нас працюють певні раціональні моменти, як-от вмотивована стражданнями потреба одужати, а також запалений нами інтелектуальний інтерес до вчення й відкриттів психоаналізу, але куди більше це позитивне перенесення, що він із ним до нас приходить. Однак нам чинить опір негативне перенесення – спротив витискання Я, тобто його невтіха, небажання братися за доручену важку роботу, почуття провини, яке виникає через його взаємини з Над-Я, а також потреба хворіти, зумовлена далекосяжними перемінами в економіці потягів. Від співвідношення двох останніх чинників залежить, чи ми називатимемо випадок легким, а чи важким. Окрім цих двох факторів, є інші, незалежні від них моменти, які також можна розглядати як сприятливі й водночас як несприятливі. По-перше, це певна психічна інертність (Trägheit) – малорухливе лібідо, яке не хоче полишати своїх фіксацій і тому не може бути для нас бажаним. По-друге, значну роль також відіграє здатність особи сублимувати потяги, так само як і здатність піднятися (Erhebung) над грубим потяговим життям, а крім цього, ще й відносна сила інтелектуальної функції.

Нас зовсім не розчарує, а навпаки, нам навіть здається цілком зрозумілим, що ми маємо діяти висновку, що результат боротьби, у якій ми беремо участь, залежить від квантитативного відношення, тобто кількості енергії, яку ми можемо собі на користь мобілізувати в пацієнта, якщо порівняти із сумою енергій сил, які діють супроти нас. Знов-таки Бог і тут на боці сильніших батальйонів. Звісно, нам не завжди вдається перемогти, але принаймні зде-

більшого можна зрозуміти, чому ми програли. Можливо, той, хто стежив за нашими поясненнями лише з огляду на терапевтичний інтерес, після цього зізнання зневажливо відвернувся. Однак тут нас цікавить терапія тільки тією мірою, якою вона працює психологічними засобами, інших ми наразі не маємо. Можливо, у майбутньому нам вдасться навчитися за допомогою особливих хімічних речовин безпосередньо впливати на кількість енергії та її розподіл у душевному апараті. Так само можуть виникнути й інші, неочікувані терапевтичні можливості. Утім, поки що ми не маємо нічого кращого за психоаналітичну техніку, і тому не варто нею гребувати, попри наявні обмеження.

Розділ 7. Взірець психоаналітичної роботи

Ми дали собі звіт про загальні відомості щодо структури психічного апарату: про частини, органи та інстанції, з яких він складається, а також сили, що в ньому діють, і функції, за які відповідають частини. Неврози й психози – це стани, у яких виражаються функційні порушення психічного апарату. Об'єктом наших досліджень ми обрали неврози, тому що, очевидно, лише вони піддаються методам психологічного втручання. Прагнучи на них вплинути, водночас ми зібрали матеріали спостережень, за допомогою яких змалювали картину їхнього походження й способу становлення.

Однак випередимо подальшу презентацію одним з наших головних результатів. Неврози спричиняє не збудник, як-от, наприклад, інфекційні хвороби, марно його шукати. З так званою нормою вони пов'язані пливким переходом, і, крім цього, навряд чи знайдеться бодай якийсь стан, що його вважають нормальним, який би водночас не мав жодних ознак наявності невротичних рис. Невротики мають ті самі задатки, що й інші люди, переживають те саме й не мають інших завдань. Так чому ж їм живеться значно гірше й складніше, чому ж вони куди більше страждають через почуття невтіхи, тривоги та біль?

Ми не маємо почуватися винними через такий стан пацієнта, ми лише пояснюємо його причину. Саме кількісна *дисгармонія* відповідає за неадекватність (*Unzulänglichkeit*) і страждання невротиків. Першопричину всіх форм (*Gestaltungen*) людського душевного життя треба шукати у взаємодії вроджених диспозицій і випадкових переживань. Певний потяг може бути надто сильним чи надто слабким, здатність атрофована чи недостатньо розвинена в житті, крім цього, зовнішні враження й переживання можуть висувати до різних людей геть різні вимоги, й те, із чим конституція однієї людини цілком спроможна впоратися, для іншої може виявитися нерозв'язним завданням. Ці кількісні відмінності й визначатимуть відмінність результатів.

Утім, доволі скоро ми скажемо, що це пояснення незадовільне. Воно надто загальне й надто багато охоплює. Наведена етіологія застосовна до всіх випадків душевних страждань, нещастя і заціпеніння, але не всі такі стани можна назвати невротичними. Неврози мають специфічний характер – це особливий вид нещастя. Зрештою, ми маємо виявити для них специфічні причини або можемо сформулювати уявлення, що серед численних завдань нашого душевного життя є такі, у яких невротики особливо легко хвилять. Із цього факту можна вивести специфічність часто доволі прикметних невротичних феноменів, не відмовляючись від наших попередніх тверджень. Якщо вважати правильним, що неврози істотно не відхиляються від норми, то їхнє дослідження обіцяє зробити цінний внесок у розуміння цієї норми. Водночас, імовірно, ми зможемо виявити «слабкі місця» нормальної організації.

Ми маємо підтвердження наведеного вище припущення. Аналітичний досвід вчить нас, що насправді завжди є потягова вимога, яка, найімовірніше, зазнала невдачі або задоволена лише частково, а також є життєвий період (*Lebenszeit*), який винятково чи принаймні здебіль-

шого відповідає за розвиток неврозу. Ці два моменти – природа потягів і життєвий період – потребують окремого розгляду, хоч і мають достатньо спільного між собою.

Зі значною впевненістю можна сказати про роль життєвого періоду. Видається, що неврозів набувають лише в дитинстві (у віці до шести років), хоч їхні симптоми, імовірно, проявляться значно пізніше. Дитячий невроз або проявиться на короткий час, або лишиться зовсім непоміченим. У будь-якому разі пізніша невротична хвороба пов'язана з прелюдією в дитинстві. Винятком, можливо, є лише так звані травматичні неврози (внаслідок надмірного переляку, важких соматичних потрясінь, як-от трощі на залізниці чи втрати близької людини тощо). Їхній зв'язок з інфантильним станом дотепер вислизав від дослідження. Етіологічну перевагу дитячого періоду легко обґрунтувати. Як відомо, неврози – це афектації Я, і тому не дивно, що, поки Я слабе, неповноцінне й неспроможне до спротиву, воно безсиле впоратися із завданнями, які згодом виконуватиме заввище. У цьому разі домагання внутрішніх потягів, так само як і збудники зовнішнього світу, діють як «травми», особливо якщо підтримують певні диспозиції. Безпомічне Я, захищаючись від них, чинить спробу втекти (*витискання*), яка згодом виявляється недоцільною та означає сталі обмеження подальшого розвитку. Шкода, завдана Я його першим досвідом, видається нам непропорційно великою, – варто лише подумати, вдавшись до аналогії, про відмінність ефекту, коли хтось, як-от у дослідях Ру, уколєє групування зародкових клітин, а не готову тварину, що згодом розвинулася із цього групування. Такого болісного досвіду не позбавлений жоден людський індивід – нікому не бракує витискань, які цей досвід спричиняє. Імовірно, що критичні реакції Я потрібні для досягнення іншої мети, яку покладають у той самий життєвий період. Кажуть, що маленький примітив усього за кілька років може перетворитися на цивілізовану первісну людину, у такий спосіб неймовірно скоротивши надзвичайно довгий відтинок культурного розвитку людини. Таке можливо завдяки спадковій диспозиції, але майже ніколи – без наставництва виховання – батьківського впливу, який, як попередник Над-Я, за допомогою заборон і покарань обмежує активність Я, заохочуючи або змушуючи його до витискань. Тому не варто забувати зважати на вплив культури на умови виникнення неврозу. Як бачимо, варвару доволі легко бути здоровим, а для культурної людини це складне завдання. Нам також чудово зрозуміле прагнення людей мати сильне й незагальмоване Я. Утім, як нас про це вчить сучасність, воно в найглибшому сенсі є ворожим культурі, а оскільки вимоги культури представлені вихованням у сім'ї, розмірковуючи про етіологію неврозів, мусимо не забувати також про біологічні особливості людського виду, а саме про тривалий період дитячої залежності.

Щодо іншого пункту – специфічного потягового моменту (*Triebmoment*), то тут ми виявляємо цікавий дисонанс між теорією та досвідом. З погляду теорії немає жодних зауваг до припущення, що будь-яке потягове домагання в змозі викликати однакові витискання, а також їхні наслідки. Проте наші спостереження стало показують, принаймні наскільки ми можемо судити, що збудження, яким належить ця патогенна роль, походять із часткових потягів сексуального життя. Симптоми неврозів доволі часто є, сказати б, або заміниками задоволення певного сексуального прагнення, або засобами йому запобігти. Звичайно це компроміс між першим і другим – оскільки вони виникають між цими протилежностями відповідно до законів, застосовних до несвідомого. Однак у нашій теорії є прогалина, яку наразі не заповнити. Розв'язання загадки неврозів ускладнюється ще й тим, що більшість прагнень сексуального життя не суто еротичні за природою, а постають як сплавлення частин еротичного й деструктивного потягів. Немає жодного сумніву, що в спричиненні невро-

зів потяги, які фізіологічно проявляються як сексуальність, відіграють несподівано значну роль. А втім, чи виняткову, поки що неясно. Також маємо врахувати, що жодна інша функція не зазнавала такого енергійного й повсюдного відторгнення під час культурного розвитку, як сексуальність. Тож нашій теорії доведеться задовольнитися кількома натяками, що розкривають глибший зв'язок. Період дитинства, під час якого Я починає диференціюватися від Воно, – це й час розквіту його сексуальності, що має завершитися латентним періодом, тож навряд чи випадково, що згодом цей важливий ранній період підпадає під дію інфантильної амнезії. А біологічні зміни в сексуальному житті, як-от подвійне начало функції, втрата характеру періодичності статевого збудження й зміни жіночої менструації в стосунку до чоловічого збудження, – це саме ті нововведення в сексуальному житті, що мусили мати неабияке значення для розвитку від тварини до людини. Науці майбутнього належить об'єднати ці, наразі ще ізольовані, дані в нове вбачання. Тут прогалина в біології, а не в психології. Імовірно, не буде помилкою сказати, що слабке місце в організації Я полягає в його стосунку до сексуальної функції, адже тут ніби виражається біологічна опозиція між самозбереженням і збереженням виду.

Якщо аналітичний досвід переконав нас у цілковитій правоті часто чутого твердження, що дитина психологічно є батьком дорослого і що переживання перших років має неперевершуване значення в усьому подальшому житті, особливий інтерес для нас становитиме те, що можна було б назвати центральним переживанням дитячого періоду. Передовсім нашу увагу привертає дія певних доволі поширених впливів, які, однак, стосуються не всіх дітей. Ідеться про сексуальний зловжиток з боку дорослого, звабу з боку трохи старших дітей (братів і сестер), а також, що доволі несподівано, участь дітей у сексуальних стосунках дорослих (батьків) як самопочуттів або самовидів. Це стається в такий період, коли вони (принаймні так заведено вважати) ще не мають ані цікавості, ані розуміння цих вражень і не можуть пізніше їх пригадати. Якою мірою пробуджена завдяки цим переживанням сексуальна чутливість дитини та її власні сексуальні прагнення витискаються через визначені канали, із яких вони не здатні повернутися, встановити легко. Ці враження підпадають під витискання або негайно, або шойно вони намагаються повернутися у вигляді спогадів, і в такий спосіб створюють підставу для невротичного примусу, який надалі унеможливує панування Я над сексуальною функцією та, імовірно, змусить на тривалий час від неї відмовитися. Остання реакція спричиняє невроз, а якщо він не виникає, постають багатоманітні збочення або ж цілковита непокоря функції продовження роду, важлива не лише для розмноження, а й для всього трибу життя.

Хоч би якими повчальними були такі випадки, нас більшою мірою цікавлять впливи ситуації, через яку судилося пройти геть усім дітям і яка обов'язково впливає з моменту тривалого догляду за дитиною та спільного проживання з батьками. Ми маємо на увазі *Едипів комплекс*, названий так тому, що його істотний зміст розкрито в грецькому міфі про царя *Едіпа*, на щастя, збереженому завдяки великому драматургові. Грецький герой убиває свого батька й бере матір за дружину. Він чинить так із незнання (*unwissentlich*) – не відаючи, хто його батьки, і це відхилення від аналітичного стану речей (*Sachverhalt*), яке ми легко розуміємо, ба навіть визнаємо його необхідність.

Нам варто описати розвиток хлопців і дівчат (чоловіків і жінок) окремо, адже саме тут свого першого вираження набуває відмінність статей. Біологічний факт подвійності статей загадковий, нездоланний для нашого знання та не піддається зведенню до чогось іншого. Психоханаліз неспроможний посприяти розв'язанню цієї проблеми, здається, що це цілком належить зробити біології. У душевному житті ми стикаємося тільки з відображен-

ням цієї великої опозиції, чие тлумачення утруднює давно підозрюваний факт, що жодна індивідуальна істота не обмежується типами реакцій одної статі, а завжди залишає певний простір і для реакцій протилежної статі. Однаково як і тіло поряд із розвиненими органами однієї статі часто несе в собі непотрібні рудименти іншої. Розрізнуванню чоловічого й жіночого в душевному житті слугує явно недостатньо емпіричне й конвенційне рівняння. Усе сильне й активне ми називаємо чоловічим, а слабке й пасивне – жіночим. Цей факт психологічної бісексуальності обтяжує всі наші дослідження та утруднює описи.

Перший еротичний об'єкт для дитини – це поживні материнські груди. У цьому разі любов постає, спіраючись на задоволення потреби відживлення. Звісно, спочатку груди не відрізнити від власного тіла, тому коли їх таки доводиться відокремити й перемістити «назовні», дитина часто не помічає, що бере за свій «об'єкт» частину відпочатково нарцисичної інвестиції лібідо. Цей первинний об'єкт згодом доповнює особа матері, яка тепер не лише годує, а й дбає про дитину й викликає в неї багатоманіття інших тілесних відчуттів. Коли ж справа доходить до догляду за тілом, мати стає першою звабницею своєї дитини. У цих двох типах взаємин коріниться унікальна й незрівнянна важливість матері в житті обох статей, як першого й найсильнішого об'єкта для любові – зразку для всіх подальших любовних стосунків. Тут над особистим випадковим досвідом філогенетичне обґрунтування переважає такою мірою, що немає різниці, чи справді дитина ссала груди, чи її годували з пляшечки й тому вона ніколи не мала змоги оцінити ніжності материнської турботи. В обох випадках розвиток однаковий, можливо, в останньому буде трохи сильніша пізніша туга. Якщо дитину годують грудьми, після відлучення вона завжди матиме переконання, що це було закоротко й замало.

Цей вступ незайвий, він може допомогти нам увиразнити розуміння інтенсивності Едипового комплексу. Коли хлопчик (у віці від двох до трьох років) увиходить до фалічної фази розвитку свого лібідо – дістає приємних (*lustvolle*) відчуттів від своїх статевих органів і навчається добувати їх за бажання через мануальну стимуляцію, він стає коханцем своєї матері. Прагне володіти нею тілесно й у тих формах, про які здогадується зі своїх спостережень і підозр щодо сексуального життя; хоче звабити, показуючи чоловічий член, яким пишається. Коротко кажучи, рано пробуджена синівська чоловічість прагне замінити матері батька, який дотепер був йому взірцем для наслідування – завдяки своїй тілесній силі, який хлопець заздрив, а також авторитету, який, на його думку, має батько. Тепер батько – суперник, що стоїть на шляху хлопця, і син прагне його усунути. Тому, якщо за відсутності батька хлопцю дозволяють ділити з матір'ю ліжко, звідки знову потім женуть, шойно батько повернеться, задоволення через зникнення батька й розчарування через його нову появу справлятимуть на хлопця неабияке враження. Такий зміст Едипового комплексу, перенесеного зі світу дитячих фантазій до гаданої реальності грецьким міфом. За наших культурних умов це часто призводить до страшних результатів.

Мати чудово розуміє, що сексуальне збудження хлопчика виникає через її особу. У якийсь момент вона усвідомлює, що неправильно було б дозволити йому розвиватися в такий спосіб. Вона переконана, що вчиняє правильно, забороняючи хлопцеві працювати руками із членом. Утім, від такої заборони мало користі, вона зазвичай призводить лише до модифікації способу самовдоволення. Урешті мати вдається до найжорстокіших засобів: погрожує відібрати річ, за допомогою якої син її провокує. Зазвичай виконати погрозу вона штовхає батька, щоб у такий спосіб зробити її страшнішою й правдоподібнішою: вона скаже батькові, і він відріже член. Дивно, але цей пострах працює, лише якщо до й після нього виконується ще одна умова. Сама по собі кастрація хлопчиків

видається чимось нереальним, таким, що не може статися. Однак якщо він під час цієї погрози пригадає вигляд жіночих геніталій або невдовзі після цього побачить статевий орган, якому справді бракує цінної частинки, тоді він вірить у серйозність почутого постраху й, підпавши під вплив *кастраційного комплексу*, переживає найважчу травму свого малечого життя¹.

Наслідки постраху кастрації такі багатоманітні, що їх неможливо прогледіти, вони проявляються в геть усіх взаєминах хлопчика з батьком і матір'ю, а згодом із жінками й чоловіками взагалі. Здебільшого чоловічість дитини не витримує цього первинного потрясіння. Щоб уберегти свої геніталії, хлопець здебільшого цілком відмовляється від права власності на матір. Часто його ставе життя назавжди залишається обтяженим заборонами. Якщо в ньому наявний, як ми це називаємо, сильний жіночий компонент, він набирає сили через залякування чоловічістю, і хлопець набуває пасивної настанови щодо батька, яку він приписує матері. Через пострах він відмовився від мастурбації, але не від супровідної активності фантазії. Оскільки це єдина форма сексуального задоволення, що в нього лишилася, тепер він культивуватиме її куди більше, ніж це робив раніше, і в таких фантазіях однаково буде ідентифікуватися з батьком, але водночас, імовірно, переважно з матір'ю. Деривати й продукти цих ранніх онанійних фантазій зазвичай отримують доступ до його пізнішого Я і братимуть участь у формуванні характеру. Попри таку підтримку його жіночності, страх і ненависть до батька лише підсилюються. Чоловічість хлопчика немов відступає, ховаючись за зневажливим ставленням до батька, яке неминуче домінуватиме в його подальшій поведінці в людській спільноті. Часто як залишок еротичної фіксації на матері постає надмірна до неї прив'язаність, яка триває у формі залежності від жінки. Хлопець більше не наважується любити свою матір, але не може ризикувати любов'ю з її боку, адже тоді виникає загроза, що вона викаже це батькові, а той його каструє. Наш загальний досвід з усіма його передумовами й наслідками, з-поміж яких цей начерк може запропонувати лише вибраний матеріал, зазнає найенергійнішого витискання, і, наскільки це дозволяють закони несвідомого. Воно, усі активовані в цей період суперечні почуттєві імпульси й реакції залишаються в несвідомому, готові порушити подальший післяпубертатний розвиток Я. Тож коли соматичний процес статевого дозрівання оживлює давні, на позір подолані фіксації лібідо, тоді сексуальне життя стає загальмованим, непослідовним і розпадається на суперечні прагнення.

Безперечно, втручання постраху кастрації в сексуальне життя хлопчика, яке лише почало дозрівати, не завжди спричиняється до жакхливих наслідків. Знов-таки, якої шкоди завдано і який запобігли, залежатиме від кількісних відношень. Ситуація, у якій можна добре розгледіти центральне переживання дитинства – найбільшу проблему раннього періоду й найпотужніше джерело подальшої неадекватності (*Unzulänglichkeit*), – такою мірою забути, що її реконструкція під час аналітичної роботи стикається з рішучою недовірою дорослого. Насправді ця відраза сягає так далеко, що виникає бажання замовчати будь-яку згадку про неприйнятний предмет і в дивному інтелектуальному засліпленні не впізнавати самоочевидних застережень щодо повторення того самого. Тут можна очіку-

вати на заувагу: мовляв, міф про царя Едипа не має нічого спільного з побудовою аналізу, що це геть інший випадок, бо ж Едип не відав, що він убив свого батька й одружився з матір'ю. А втім, тут не помічають, що це викривлення потрібне для спроби поетичного оформлення матеріалу і що воно не привносить нічого чужого, а лише вправно використовує вже наявні в цій темі моменти. Незнання Едипа є легітимним зображенням неусвідомлення (*Unbewusstheit*), у яке занурений увесь досвід дорослого, і пророцтво оракула, який робить героя невинуватим або має зробити героя невинуватим, – це визнання неминучості долі, яка присудила всім людським синам пройти через Едипів комплекс. Психоаналітичний підхід за допомогою посилання на Едипів комплекс дає змогу легко розв'язати загадку іншого поетичного героя – зображеного *Шекспіром* прокрестинатора (*Zauderer*) *Гамлета*: принц не здатен впоратися із завданням покарати іншого, що збігається зі змістом його власних Едипових бажань. Загальне нерозуміння літературного світу показує, наскільки хоче маси чіпляються за свої інфантильні витискання². Утім, навіть попри це, більш ніж за століття до появи психоаналізу, значення Едипового комплексу засвідчив француз Дідро, показавши відмінність між первісними часом і культурою: «Якби маленький дикун був наданий самому собі, зберігаючи всю свою недоумкуватість і поєднуючи безтямність дитини в колисці із жорстокістю пристрастей тридцятирічного чоловіка, він скрутив би шию батькові й переспав би з матір'ю»³. Наважимося сказати, що навіть якби психоаналіз не міг похвалитися жодним іншим досягненням, окрім розкриття витисненого Едипового комплексу, то лише це одне давало б змогу зарахувати його до найцінніших надбань людства.

Ефекти кастраційного комплексу в дівчинки одиниці й не менш глибокі. Звісно, дівчинка не має боятися, що вона втратить пеніс, але має реагувати на те, що він їй не дістався. Із самого початку вона заздрить власності хлопця – можна навіть сказати, що весь її розвиток перебігає під знаком заздрості до пеніса. Спершу вона марно намагається наслідувати хлопцеві, а потім – з більшим успіхом – докладає зусиль, щоб компенсувати свій дефект, що врешті може призвести до виникнення нормальної жіночої настанови. Коли під час фалічної фази вона намагається втішитися завдяки мануальному стимулюванню геніталій, як хлопчик, вона часто не дістає достатнього задоволення, і в такий спосіб судження про неповноцінність її атрофованого пеніса поширюється на всю її особу. Зазвичай вона невдовзі припиняє мастурбувати, бо не хоче, аби це нагадувало про перевагу брата чи товаришів по грі, ба навіть узагалі відвертається від сексуальності. Якщо маленька жінка наполягатиме на своєму первинному бажанні стати «бахуром», то в крайньому разі це завершиться маніфестацією гомосексуальності, а крім цього, у подальшому житті вона виявить виразні чоловічі риси, вибере чоловічу професію або що. Інший шлях веде через віддалення з обоюдною мамою, якій донька – під впливом заздрості до пеніса – не може пробачити, що вона відправила її у світ погано оснащеною. Затаївши образ, вона відмовляється від матері й заміною їй іншою особою як об'єктом любові – своїм батьком. Коли хтось втрачає об'єкт любові, найбільш очевидною реакцією є ідентифікація з ним, так би мовити, заміна через ідентифікування зсередини. Тут цей механізм стає в поміч маленькій дівчинці. Ідентифікація з матір'ю тепер може замінити зв'язок із нею. Донечка посідає місце матері, як вона завжди робила, бавлячись, – хоче замінити її батькові

¹ Кастрація також присутня в сказанні про Едипа, оскільки осліплення, за допомогою якого Едип карає себе після того, як було розкрито його злочин, є, за свідченнями сновидін, символічним замінником кастрації. Цілком імовірно, що надзвичайно страхотливий ефект погрози почасти зумовлений філогенетичними слідами пам'яті про передісторію праісторичної родини, коли ревнивий батько, по суті, позбавляв сина геніталій, якщо той ставав йому надокучливим суперником у боротьбі за дружину. Прадавній звичай обрізання – ще один символічний замінник кастрації – може бути зрозумілим лише як вираз підкорення батьківській волі (див. обряди ініціації зрілості в примітивів). Досі не досліджено, як описаний процес розвивається в народів і культур, у яких не пригнічують дитячу мастурбацію.

² Цілком імовірно, ім'я Вільям Шекспір – псевдонім, за яким ховається величезний невідомець. Чоловік, у якому можна було б упізнати автора Шекспірових поезій, – Едуард де Вер, граф Оксфордський, – ще хлопчиком утратив лютого й обоюдноного батька й цілком порвав із матір'ю, яка уклала новий шлюб невдовзі після смерті чоловіка.

³ Переклад із французької Євгенії Буцикіної.

й ненавидить дотепер обоювану матір з двох причин: через ревності й образу за невдалий пеніс. Її нові стосунки з батьком можуть початися з бажання володіти його пенісом, але завершуються вони іншим бажанням – отримати від нього в подарунок дитину. У такий спосіб бажання мати дитину заступає бажання мати пеніс або відокремилося від нього.

Цікаво, що зв'язок між Едиповим і кастраційним комплексом в жінок геть інакший: насправді він формується в цілком протилежний, ніж у чоловіків, спосіб. У тих, як ми знаємо, пострах кастрації покладає завершення Едиповому комплексу, у жінок навпаки – відсутність пеніса примушує до Едипового комплексу. Жінці не нашкодить,

якщо вона залишатиметься в жіночій Едиповій настанові (Ödipuseinstellung), яку ми запропонували назвати комплексом Електри. У цьому разі вона вибере собі чоловіка за якостями батька й буде готова визнати його авторитет. Її непогамовне прагнення володіти пенісом можна вдовольнити, якщо любов до органа вдається доповнити любов'ю до носія, як це свого часу відбулося під час переходу від материнських грудей до материнської особи.

Якщо запитати аналітика, які психічні утворення пацієнтів виявилися з його досвіду найменш сприятливими до впливу, відповідь буде така: у жінок це бажання мати пеніс, у чоловіків – фемінне ставлення до власної статі, яку викликає страх утратити пеніс.

Анотація. «Нарис психоаналізу» - прикінцева спроба сформулювати засадничі принципи психоаналітичної теорії та практики, поєднавши топічні (свідомість, передсвідоме, несвідоме) та структурні (Воно, Я, Над-Я) уявлення щодо будови психічного апарату. Це поєднання значною мірою спирається на імпліцитні фізіологічні метафори, якими рясніють пізні Фройдіві праці, передусім «По той бік принципу втіхи» (1920) та «Я і Воно» (1923). Якщо більшість ознайомих текстів Фрейда, як от «Вступ до психоаналізу» (1916-1917) чи «П'ять лекцій про психоаналіз» (1910) здебільшого звернені до пересічного читача і не передбачають докладного знайомства з психоаналітичною літературою, то «Нарис психоаналізу» насамперед звертається до фахівців - це новий, втім, завершальний погляд майстра на власне творіння.

Працювати над текстом «Нарису психоаналізу» Фройд почав не раніше весни та не пізніше літа 1938 року, тобто або перед самим від'їздом з Відня (квітень-травень), рятуючись від переслідування нацистів, або вже перебуваючи в Лондоні (липень). До Лондона Фройд емігрував у червні 1938. На початок вересня 1938 року Фройд встиг написати 63 рукописні аркуші, але, на жаль, роботу над текстом перервала невідкладна операція. Відтак Фройд більше не повертався до свого задуму. Однак, попри те, що текст «Нарису психоаналізу» є незавершеним, це не послаблює його значливості як для розуміння історії становлення аналітичного думання, так і для розуміння психоаналітичної теорії та практики. Він є не лише тематично цілісним, але й містить докладніший розгляд деяких тем, як його порівняти з попередніми творами, з-поміж яких проблеми розщеплення Я та об'єктних стосунків.

У другому числі «Українського психоаналітичного журналу» ми оприлюднюємо переклад другої частини «Нарису психоаналізу» (Частина 2. Практичні завдання) українською мовою. Цим перекладом маємо на меті започаткувати серію перекладів і обговорень класичних психоаналітичних текстів.

Ключові слова: Фройд; психоаналіз; історія психоаналізу; теорія та практика психоаналізу.

Abstract. «An Outline of Psychoanalysis» is an attempt to formulate the fundamental principles of psychoanalytic theory and practice. It combines topographical (consciousness, preconscious, unconscious) and structural (Id, Ego, Superego) concepts regarding the structure of the psyche. This combination is largely based on implicit physiological metaphors that abound in Freud's later works, primarily "Beyond the Pleasure Principle" (1920) and "Ego and Id" (1923).

If most of Freud's introductory texts, such as "Introductory Lectures on Psycho-Analysis" (1916-1917, in English 1920) or "Five Lectures on Psychoanalysis" (1910), are mostly addressed to the average reader and do not require a detailed acquaintance with psychoanalytic literature, then "An Outline of Psychoanalysis" is primarily addressed to specialists - this is a new, however, the final view of the master's own creation.

Freud began working on the text of "An Outline of Psychoanalysis" no earlier than spring or no later than the summer 1938. That is either before leaving Vienna (April-May), escaping persecution by the Nazis, or already being in London (July). Freud emigrated to London in June 1938. By the beginning of September 1938, Freud had written 63 manuscript sheets. Unfortunately, an urgent operation interrupted his work on the text. Therefore, Freud did not return to his idea anymore.

However, despite the fact that the text "An Outline of Psychoanalysis" is unfinished, this does not diminish its significance for understanding the history of analytical thinking and for understanding psychoanalytic theory and practice. It is not only thematically integral but also contains a more detailed discussion of some topics among which are problems of the splitting of the Ego and object relations.

In the second issue of the «Ukrainian Psychoanalytic Journal», we publish the translation of the second part of «An Outline of Psychoanalysis» (Part 2. Practical Issues) into the Ukrainian language. With this translation, we aim to start a series of translations and discussions of classic psychoanalytic texts.

Key words: Freud; psychoanalysis; history of psychoanalysis; theory and practice of psychoanalysis.

ПРО ПСИХОТЕРАПІЮ

Зигмунд Фройд

ON PSYCHOTHERAPY

Sigmund Freud

Переклав з німецької – Єгор Буцикін

Панове! Минуло близько восьми років, відтоді як я мав змогу говорити на тему істерії у вашому колі завдяки запрошенню нині покійного голови вашого товариства, професора фон Редера. Незадовго до цього (1895) спільно з доктором Броєром я опублікував «Дослідження істерії», спробувавши на ґрунті новітнього знання, появи якого ми завдячуємо цьому досліднику, запровадити новий спосіб лікувати неврози. З приємністю маю сказати, що наші зусилля в «Дослідженнях» мали успіх. Представлені там ідеї – стосовно способу дії психічної травми через затримку афекту й уявлення про істеричні симптоми як результат переміщення (*versetzen*) збудження з душевного на тілесне – ми назвали «відреагування» й «конверсія», і нині вони загальновідомі та зрозумілі. Принаймні в Німеччині немає жодного уявлення про істерію, що бодай якоюсь мірою не брало б їх до уваги, а також жодного колеги, який хоч би трохи не поділяв цього вчення. А втім, ці судження і терміни – поки ще були свіжими – могли звучати доволі дивно!

Не можу сказати те саме про процедуру, запропоновану колегам водночас із нашим вченням, процедуру, яка й тепер бореться за визнання. Тут можна послатися на специфічні підстави. Оскільки тоді техніка процедури була ще не доопрацьована, я не міг надати лікарю – читачеві вже згаданої книжки – інструкції, які дали б йому змогу повністю провести потрібне лікування. Поза сумнівом, були ще й причини загальнішого характеру. Багатьом лікарям психотерапія досі здається продуктом сучасного містицизму й просто-таки ненауковою та не гідною інтересу природознавця, як порівняти з нашими фізико-хімічними лікувальними засобами, застосування яких спирається на фізіологічні вбачання (*Einsichten*).

Тож, по-перше, дозвольте почати з того, що психотерапія – це не сучасна лікувальна процедура, а навпаки, найдавніша з-поміж терапій, що їх коли-небудь використовували в медицині. У повчальному творі Левенфельда «Підручник загальної психотерапії» (*Loewenfeld, 1897*) ви можете чимало прочитати про методи, які застосовували в первісній і давній медицині, і більшість з них вам доведеться зарахувати до психотерапії. Щоб зцілити хворого, його вводили в стан «довірного очікування». Власне, ми це робимо й тепер. Навіть після того, як лікарі винайшли інші лікувальні засоби, у медицині ніколи не зникли різні психотерапевтичні зусилля.

По-друге, я хотів би звернути вашу увагу на те, що ми, лікарі, не можемо перебувати без психотерапії, адже хворі – інша, надто важлива сторона під час лікування – не мають наміру від неї відмовлятися. Поясненням цього явища, що вони вам чудово відомі, ми завдячуємо школі Нансі (Лібо, Бернгайм). Ідеться про те, що без нашого на те наміру може виникнути фактор, пов'язаний з психічною диспозицією хворого. Цей фактор впливає на кожну ініційовану лікарем лікувальну процедуру зазвичай у сприятливому, але часто і в гальмівному сенсі. Для цього факту заведено використовувати слово «сугестія», водночас Мебіус навчив нас, що непевність, у якій ми звинувачуємо багато наших лікувальних методів, зумовлена дією саме цього руйнівного й непереборного моменту. Ми,

лікарі, постійно вдаємося до психотерапії, навіть коли не відаємо про це чи не маємо наміру цього робити. Утім, тут є один недолік: ви цілком лишаєте дію згаданого психічного фактора на поталу хворому. У такий спосіб ця дія стає неконтрольованою, недозованою і непридатною до підсилення. Чи не є тоді виправданим прагнення лікаря навчитися використовувати цей фактор, спрямовувати його та підсилювати? Нічого іншого, крім цього, наукова психотерапія від вас не очікує.

По-третє, панове, я хотів би послатися на той добре відомий досвід, що деякі недуги, а особливо психоневрози, значно легше коряться душевному впливові, ніж будь-яким іншим медикаментам. Не сучасна приказка, а давнє прислів'я лікарів стверджує, що ці хвороби зцілює не медикамент, а лікар, точніше особистість лікаря, оскільки саме через неї він чинить психічний вплив. Панове, мені добре відомо, що вам неабияк до вподоби погляд, якому класичного вираження надав естетик Фішер у своїй пародії на Фауста:

*Я знаю: часто фізикальне
впливає надто на моральне.*

Однак чи не адекватніше сказати, що значно частіше на моральність людини можна вплинути властиво моральними, тобто психічними засобами?

Є чимало видів та способів психотерапії – і добрі всі, що ведуть до зцілення. Наша звична розрада: «Усе буде гаразд!» – якою ми так рясно обдаровуємо хворих, також відповідає одному з психотерапевтичних методів. А якщо глибше подивитися на сутність неврозів, то побачимо, що немає потреби обмежуватися лише розрадою. Ми розробили техніку гіпнотичного навіювання, психотерапію відволікання, вправ та викликання відповідних афектів. Я не погорджую жодною з них і за належних умов застосовував би всі. Але насправді обмежувався лише одним лікувальним методом – Броєр його назвав *катарсичним*, а я волів би називати *аналітичним*: тут для мене вирішальними були суто суб'єктивні мотиви. З огляду на мою участь у створенні цієї терапії я відчуваю зобов'язання присвятити себе вивченню та вдосконаленню її техніки. Водночас я стверджую, що аналітичний метод психотерапії має найглибший вплив та найзначніший масштаб, і саме завдяки йому можна досягнути найвиразніших змін у стані хворого. Залишивши на мить терапевтичний погляд, я можу також сказати, що саме цей метод найцікавіший, і він єдиний чогось навчас про виникнення та зв'язок проявів хвороби. Завдяки тому, що він уможливорює вбачання механізмів душевних хвороб, цей метод може сягнути власних меж і вказати нам шлях до інших типів терапевтичного впливу.

Отже, тепер дозвольте мені лише виправити деякі помилки й надати деякі пояснення про катарсичний, або аналітичний, метод психотерапії.

А. Я помітив, що цей метод доволі часто плутають з гіпнотичним сугестивним лікуванням. Відносно часто колеги, у яких немає особливої довіри до мене, скеровують до мене пацієнтів з резистентними хворобами з дорученням їх загипнотизувати. Але я вже приблизно вісім років (за винятком окремих спроб) не використовую гіпноз у терапевтичних цілях і схильний повертати такі ске-

рування з порадою, що кожен, хто покладається на гіпноз, має робити це самостійно. Правду кажучи, між сугестивною та аналітичною технікою – найзначніший з можливих контрастів. Це саме та протилежність, яку великий Леонардо да Вінчі виразив для мистецтва у формулі *per via di porre* та *per via di levare*. Маляр, каже Леонардо, працює *per via di porre* – накладає грудки фарби там, де їх раніше не було, на незафарбоване полотно. Натомість скульптор діє *per via di levare* – прибирає стільки каменю, скільки той покриває поверхні захованої в ньому статуї. Точно так само, панове, і сугестивна техніка намагається працювати *per via di porre*: – вона не зважає на походження хвороби, силу й значення її симптомів, натомість щось нав'язує, а саме сугестію, яка, за очікуваннями, буде достатньо сильною, щоби перешкоджати вираженню патогенної ідеї. Аналітична терапія, своєю чергою, не має наміру нав'язувати – прищеплювати щось нове, а навпаки, прагне щось прибрати й у такий спосіб створити. Для цього аналітична терапія розвідує генезу хворобливих симптомів та психічні зв'язки патогенної ідеї, щоб потім вилучити її. Такий спосіб досліджування став причиною вельми значущого поступу в нашому розумінні.

Я рано відмовився від техніки сугестії – разом з нею і від гіпнозу, – бо втратив надію зробити сугестію настільки сильною і стійкою, наскільки це потрібно для тривалого зцілення. Серед важких випадків я спостерігав, що накинута сугестія переважно розсипалася, а відразу по ній знову виникала хвороба чи її заміник. Крім того, ця техніка перешкоджає нашому вбачанню гри психічних сил, тобто заважає розпізнати *спротив*, за допомогою якого хворі чпляються за свою хворобу та опираються одужанню, а також завдяки якому ми й можемо зрозуміти поведінку пацієнтів у житті.

Б. Гадаю, серед колег поширена помилкова думка, ніби техніка досліджувати причини хвороби та усувати її прояви за допомогою цього дослідження є простою і самозрозумілою. Я дійшов такого висновку, бо ніхто із зацікавлених моєю терапією і тих, хто твердо про неї судить, ніколи не запитував мене, як я насправді це роблю. Імовірно, вони гадають, що тут нема про що питати і що це само собою зрозуміло. Іноді я також з подивом чую, що в тому чи тому відділенні шпиталю керівник доручає молодому лікарю застосувати «психоаналіз» до якоїсь істерично хворої. Одначе певний: йому не дозволили б досліджувати видалену пухлину, не переконавшись перед тим, що він ознайомився з гістологічною технікою. Також до мене доходять звістки, що той чи той колега признає години, щоби провести з пацієнтом психічне лікування, водночас я переконаний, що він не знається на цій лікувальній техніці. Отже, йому лишається одне – чекати, що хворий сам відкриє йому свої таїни, – шукати зцілення у своєрідній сповіді чи в певному виді довірчості. Тому я не здивуюся, якщо пацієнтові, якого лікують у такий спосіб, це радше зашкодить, аніж принесе користі. Нелегко грати на душевному інструменті. У таких випадках мені пригадуються слова одного всесвітньо відомого невротика, який, ясна річ, ніколи не лікувався в жодного з лікарів, бо жив лише в уяві поета. Маю на увазі данського принца Гамлета. Король надіслав до нього двірських Розенкранца й Гільдернстерна, щоб вивідати таємницю його розладження. Гамлет їх жене, а на сцені звучать флейти. Принц узяв флейту й просить одного зі своїх мучителів на ній зіграти. Каже, що це так само легко, як брехати. Двірський відмовляється, бо не знає хвату, і оскільки спроби вмовити його заграти на флейті виявилися марними, Гамлет врешті спалахує:

Бачиш! А як тоді бути зі мною? Ти хотів би грати на мені, як на інструменті; тобі здається, що ти вивчив усі мої отвори; хочеш витиснути з мене голос моїх таємниць, видобути всі можливі звуки – від найнижчого до найвищого, повну октаву. А таку маленьку дудку, що в ній

стільки музики, стільки чистого звучання, ти ніяк не змусиш заговорити. Господи, та неже ти думаєш, ніби на мені заграли простіше, ніж на цій дудці? Назви мене яким захочеш інструментом – однаково ти зможеш лише розладнати мене, а от щоб пограти на мені – це тобі не вдасться. (Шекспір, 2008).

В. З деяких моїх зауваг ви, мабуть, здогадалися, що аналітичному лікуванню властиві чимало ознак, які віддаляють його від терапевтичного ідеалу. *Tuto, cito, incunde*. Розвідка й пошуки не передвіщають швидкого успіху, а згадка про спротив змушує очікувати неприємностей. Безперечно, психоаналітичне лікування висуває високі вимоги як до хворого, так і до лікаря. Від першого лікування вимагає цілковитої відвертості, тож є для нього довготривалим і коштовним. Воно є так само часовитратним для лікаря й доволі виснажливим через техніку, яку він має вивчати й практикувати. Я й сам вважаю цілком виправданою думку, що варто використовувати вигідніші лікувальні методи, поки є перспектива здобути щось за допомогою цих останніх. Але є ще один момент, який також має значення: якщо за допомогою трудомісткої і тривалішої процедури досягають відчутнішого результату, ніж послугуючись коротшою й легшою терапією, то, попри все, перша однаково виправдана. Панове, лише уявіть, наскільки незручно та вартісною проти застосування старих методів припикання й вишкрібання є терапія вовчача Фінзена¹. І все ж вона вказує на значний поступ лише тому, що є дієвішою – радикально зцілює вовчак. Зараз я точно не хотів би вдаватися до порівнянь. Але психоаналітичний метод може претендувати на схожий привілей. Насправді я мав змогу розробити та випробувати свій терапевтичний метод лише в складних і найскладніших випадках. Спершу мій матеріал складався тільки з хворих, які без успіху перепробували всі можливі терапії і роками перебували в лікувальних закладах. У мене майже немає досвіду, щоб вам розповісти, як діятиме моя терапія в легших, епізодичних хворобах, які, як ми бачимо, виліковуються завдяки найрозмаїтішим впливам чи спонтанно. Психоаналітичну терапію було створено за допомогою і для стало екзистенційнонеспроможних (*existenzunfähigen*) хворих. Тріумф її в тому, що вона робить екзистенційно спроможними задовільну кількість хворих. Тому проти цього успіху всі зусилля, що вона їх потребує, видаються незначними. Не варто приховувати, що ми маємо звичку заперечувати хворому, що важкий невроз за своїм значенням для хворого на нього індивіда не поступається жодній кахексії чи будь-якій зі страшних загальних недуг.

Г. Навряд чи можна визначити остаточні показання та протипоказання для цього лікування – через чималу кількість практичних обмежень, які вплинули на мою діяльність. Проте я спробую розглянути кілька моментів.

1. Не варто випускати з ока цінності особи самої по собі через хворобу, а також відмовлятися від хворих, які не мають певного освітнього рівня й достатньо запопадливого характеру. Не слід забувати, що бувають і здорові люди, які нічого не варті, і що все, що робить таких осіб екзистенційно неспроможними, надто легко схильні приписувати хворобі, якщо вони проявляють бодай якісь сліди неврозу. Я дотримуюся погляду, що невроз у жодному разі не таврує свого носія як *дегенеративного*, але досить часто пов'язаний з явищами дегенерації в того самого індивіда. Отже, аналітична психотерапія не є процедурою лікування невропатичної дегенерації, а навпаки, надібує тут своє обмеження. Вона також не застосовна до осіб, які через свою недугу самі не відчувають потреби пройти терапію, тому проходять її під примусом родичів. Якість, важлива для придатності до психоаналітичного

¹ Фототерапія вовчача названа на честь її винахідника, данського науковця й фізіотерапевта Нільса Фінзена. – Прим. ред.

лікування, а саме придатність до навчання, ми оцінимо ще й з іншого погляду.

2. Якщо ви хочете перестрахуватися, варто обмежити вибір особами в нормальному стані, оскільки за психоаналітичної процедури саме в цій царині оволодівають патологічним. Отже, психози, стани сплутаності й глибинні (я також міг би сказати токсичні) розлади непридатні для психоаналізу, принаймні в тому вигляді, як досі практикували. Імовірно, за відповідної модифікації процедури можна буде вийти за межі цього протипоказу та взятися за психотерапію психозів.

3. Під час вибору пацієнта для психоаналітичного лікування певну роль відіграє вік. З одного боку, особам у віці п'ятдесяти чи більше років бракує пластичності душевних процесів, на які розраховує терапія, – старих людей вже не навчити. З другого боку, той матеріал, який треба опрацювати, непередбачувано подовжує тривалість лікування. Нижню вікову межу можна визначити лише індивідуально. Особи підліткового передпубертатного віку чудово піддаються впливові.

4. Коли йдеться про швидке усунення загрозливих симптомів, скажімо, за істеричної анорексії, до психоаналізу не вдаються.

У вас тепер може виникнути враження, що сфера застосування аналітичної психотерапії надто обмежена, бо ж ви не почули від мене нічого, крім самих протипоказів. А проте, лишається достатньо випадків і форм хвороби, на яких можна випробувати цю терапію: усі хронічні форми істерії із залишковими симптомами, чимала царина нав'язливих станів та абулії тощо.

Утішно, що найліпше в такий спосіб можна допомогти саме найціннішим і, крім цього, найрозвиненішим людям. Однак за допомогою аналітичної психотерапії мало що можна зробити там, де є підстави впевнено стверджувати, що будь-яке інше лікування також нічого не дало б.

І. Безперечно, у вас має виникнути бажання запитати, яка ймовірність завдати шкоди під час застосування психоаналізу. Утім, коли ви хочете судити справедливо, я зауважу: якщо ви ставитеся до цієї процедури з такою самою доброзичливістю, з якою готові ставитися до наших інших терапевтичних методів, тоді ви маєте погодитися з могом гадкою, що хворому не варто боятися, бо проведене з розумінням аналітичне лікування не завдасть йому шкоди. Дилетант, який зник усе, що відбувається під час хвороби, звалювати на лікування, мабуть, розсудить інакше. Не так давно схоже упередження висували проти наших водолікарень. Чимало людей, яким радили відвідати такий заклад, хвилювалися, бо їхні знайомці, потрапивши до закладу через невроз, уже там збожеволіли. Можна здогадатися, що тут йдеться про випадки зародження загального паралічу, на ранній стадії якого хворого ще можна було помістити до водолікарні та який набув там свого плину аж до явного психічного розладу. Дилетанти покладають провину за провокацію цієї сумної перебіжки на воду. Навіть лікарі не завжди уникають таких помилкових суджень, якщо йдеться про нові методи. Пригадую, як я одного разу спробував застосувати психотерапію до жінки, яка провела добру частину свого життя, чергуючи манію та меланхолію. Я взяв її до себе наприкінці меланхолії – два тижні здавалося, що все йде добре, а на третьому тижні ми вже були на порозі нової манії. Безперечно, це була саме спонтанна перебіжка клінічної картини, оскільки два тижні – геть не той час, за який аналітична психотерапія спроможна бодай щось удіяти. А втім, чудовий – тепер уже покійний – лікар, який мав нагоду бачити хвору поряд зі мною, не втримався від зауваження, що в цьому «погіршенні» завинила психотерапія. Я цілком переконаний, що за інших обставин він був би більш критичним.

Д. Завершуючи, панове колеги, я маю собі нагадати, що не варто так довго вимагати у вас уваги до аналітич-

ної терапії, не розповідаючи, у чому полягає це лікування та на чому воно ґрунтується. Оскільки я маю обмаль часу, можу лише на це натякнути. Отже, ця терапія ґрунтується на вбачанні, що несвідомі уявлення – ліпше сказати, несвідомість (*Unbewußtheit*) певних душевних процесів – є причиною хворобливих симптомів. Це переконання ми поділяємо з французькою школою (Жане), яка, між іншим, за допомогою грубої схематизації зводить істеричні симптоми до несвідомої *idée fixe*. Не варто боятися, що тут ми надто глибоко зануримося в найтемнішу з філософій. Наше несвідоме не зовсім таке саме, як у філософів. Окрім цього, більшість філософів і чути не хочуть про «несвідоме психічне». Якщо ви пристанете до нашого погляду, то побачите, що перетворення (*Übersetzung*) цього несвідомого в душевному житті хворого на свідоме має стати причиною виправлення відхилень від норми й скасування примусу, якому підпорядковане його душевне життя. Тому що свідомі процеси сягає так далеко, як свідомі психічні процеси, а кожен психічний примус ґрунтується в несвідомому. Ніколи не варто боятися, що хворий постраждає через потрясіння, викликане входженням несвідомого у свідоме, адже можна теоретично вирахувати, що соматична й афективна дія усвідомлюваного імпульсу ніколи не буде так само значною, як вплив несвідомого. Ми пануємо над усіма нашими імпульсами, лише застосовуючи до них наші найвищі душевні досягнення, пов'язані зі свідомістю.

Щоб розуміти психоаналітичне лікування, ви також можете обрати й інший погляд. Розкриття і перетворення несвідомого відбувається при постійному *спротиві* з боку хворого. Постає питання несвідомого пов'язане з невітністю (*Unlust*), і через цю невітність його повторювано відкидає пацієнт. Тепер же ви втручаєтеся в цей конфлікт у душевному житті хворого. Якщо вам вдасться змусити пацієнта – з мотивів ліпшого вбачання – прийняти те, що він досі відкидав (витискав) через автоматичне регулювання невітності, тоді ви провели з ним певну виховну роботу. Це саме те виховання (*Erziehung*), коли ви, скажімо, переконуєте людину, що не любить вставати з ліжка рано-вранці, усе одно це зробити. Тож психоаналітичне лікування загалом можна вважати *перевихованням з метою подолати внутрішні спротиви*. Однак у разі нервово-хворих це перевиховання ніде не є таким обов'язковим, ніж стосовно душевного елемента їхнього сексуального життя. Ніде культура й виховання не завдали такої шкоди, як тут, і саме тут також, як показує досвід, можна відшукати етіологію виливкових неврозів. Інший етіологічний елемент – конституційний внесок – даний нам як щось незмінне. Тут виникає важлива вимога до лікаря, який практикує психоаналіз. Він не лише сам має бути цілісним персонажем – «тому що мораль зрозуміла сама собою», як це часто каже головний герой Т. Фішера (*Th. Vischer*) в його «*Auch einer*». Він також має здолати у власній особі мішанку хтивості та вдаваної сором'язливості, з якими, на жаль, чимало хто зник ставитися до сексуальних проблем.

Тут, мабуть, варто зробити ще одне зауваження. Я знаю, що мій наголос на ролі сексуальності в походженні психоневрозів став відомий у широких колах. Однак я також знаю, що обмеження й точніші визначення непомічні широкому загалу. Для цього назові має у своїй пам'яті замало місця, вона зберігає лише сире ядро твердження – створює легко запам'ятовувану крайність. З деякими лікарями могло трапитися так, що вони гадали, ніби суть мого вчення – зводити неврони до сексуальної депривації. Цього не бракує умовам життя нашого суспільства. Утім, таке припущення лише дає змогу оминати терністі манівці психічного лікування й прагнути безпосереднього зцілення, радячи сексуальну активність як лікувальний засіб. Навряд чи є щось, що могло б мене спонукати заперечити цей висновок, якби він був правильний. Проте річ в іншому. Сексуальна потреба й депривація – це лише кілька чинників, які беруть участь у механізмі утворення

неврозу. Якби вони існували самі по собі, вислідом була б не хвороба, а розпуста. Інший, не менш важливий чинник, про який легко забувають, – сексуальна відраза невротиків, їхня нездатність любити – той психічний рушій, що я його назвав «витискання». Невротичне захворювання виникає лише з конфлікту між двома прагненнями, тому

при психоневрозах пораду сексуальної активності тільки зрідка можна вважати доброю порадою.

Дозвольте мені завершити цією захисною заувагою. Сподіваймося, що вільний від ворожих упереджень інтерес до психотерапії допоможе нам щасливо розв'язати тяжкі випадки психоневрозів.

Список літератури:

Loewenfeld, L. (1897). Lehrbuch der gesamten Psychotherapie.

Шекспір, В. (2008). Гамлет, принц данський; з англ. пер. Ю. Андрухович; [іл. В. Єрко ; ред. І. Малкович]. Київ : А-БА-БА-ГА-ЛА-МА-ГА.

Анотація. У програмовій статті 1905 року «Про психотерапію» Фройд намагається показати, що психоаналітична психотерапія спирається на той самий ґрунт, що й будь-яке інше лікування, байдуже йдеться про психічні, а чи соматичні недуги. У такий спосіб спростовує закиди убік психоаналізу щодо його спіритичного чи містичного опертя, водночас прояснюючи стосунок самої можливості психотерапії до становища людини (антропології). Крім цього, наголошуючи на розрізненні соматичного та душевного аспектів і стверджуючи можливість психічного впливу на властиво психічне, Фройд змальовує історію становлення психоаналітичної процедури та її стосунок до гіпнотичного навіювання та катарсичного методу. Зауважуючи на позірній самозрозумілості психоаналітичної процедури, застерігає від самовільної практики без належної підготовки, надмірному акцентуванню на значливості сексуальної депривації для конституювання неврозів; уявлення про психоаналіз як єдиний ефективний метод психотерапевтичного лікування, гадки про незначну тривалість аналітичного втручання, Фройд вдається до одного з перших начерків технічних рекомендацій лікарям, що практикують чи мають на меті практикувати психоаналіз. Прикметним є також розрізнення психотичної та невротичної царини як предмету психоаналітичного лікування, а особливо Фройдіві аргументи щодо, принаймні тимчасового, обмеження застосування психоаналітичної процедури під час лікування невротичних розладів, а також встановлення вікових обмежень для використання психоаналізу та аргументи на користь такого обмеження. Стаття «Про психотерапію» є важливим документом для вивчення історії становлення психоаналітичного методу.

Ключові слова: Фройд; психоаналіз; психотерапія; історія психоаналізу; історія психології.

Abstract. In his 1905 programmatic paper "On Psychotherapy," Freud attempts to demonstrate that psychoanalytic psychotherapy is based on the same foundation as any other form of treatment, whether it concerns mental or somatic ailments. In this way, he refutes the criticisms directed at psychoanalysis regarding its spiritual or mystical underpinnings while simultaneously elucidating the relationship of psychotherapy itself to the human condition (anthropology). Furthermore, by emphasizing the distinction between somatic and mental aspects and asserting the possibility of psychological influence on the inherently psychological, Freud outlines the history of the development of the psychoanalytic procedure and its relationship to hypnotic suggestion and the cathartic method. While acknowledging the apparent self-evidence of the psychoanalytic procedure, he warns against its arbitrary practice without proper training, excessive emphasis on the significance of sexual deprivation in the formation of neuroses, the notion that psychoanalysis is the sole effective method of psychotherapeutic treatment, and the idea of the brief duration of analytic intervention. Freud also provides one of the earliest outlines of technical recommendations for physicians practicing or intending to practice psychoanalysis. Notably, the differentiation between the psychotic and neurotic domains as subjects of psychoanalytic treatment is remarkable, as well as Freud's arguments in favor of, at least temporarily, restricting the use of the psychoanalytic procedure during the treatment of neurotic disorders and establishing age limitations for the use of psychoanalysis, along with arguments in support of such limitations. The paper "On Psychotherapy" is an important document for the study of the history of the development of the psychoanalytic method.

Keywords: Freud; psychoanalysis; psychotherapy; history of psychoanalysis; history of psychology

**ЮЛІЯ ТА ЄВА ЗАПРОШУЮТЬ ДО ЕДЕМУ
(ОГЛЯД КНИГИ Ю. МЕДИНСЬКОЇ «ПСИХОАНАЛІТИЧНІ ЕСЕЇ»¹)**

Олена Медведєва, Ph.D., сертифікований психоаналітик,
клінічний психолог, тренінговий аналітик,

Дивізіон «Психоаналітична психологія і психотерапія» Національної психологічної асоціації, м. Київ, Україна

**YULIA AND EVE INVITE TO EDEN
(BOOK REVIEW OF Y. MEDYNSKA'S "PSYCHOANALYTIC ESSAYS")**

Olena Medvedieva, Ph.D., Certified Psychoanalyst,
Clinical Psychologist, Training Analyst,

Psychoanalytic Psychology and Psychotherapy Division of the National Psychological Association, Kyiv, Ukraine

<https://orcid.org/0000-0003-2808-7622>

olenamedvedieva@gmail.com

Психоаналітичні тексти, або, правильніше, тексти, написані психоаналітиками, для мене завжди диво. По-перше, тому що психоаналітик, за влучним висловом Фрейда, «неможлива професія» (Freud, 1937; Freud, 1987), а психоаналіз за своєю природою завжди знаходиться на узбіччі будь-якого мейнстріму. По-друге, ми знаємо, що узагальнити симптоми, з якими звертаються аналізанти, – марна ідея (колись давно Фрейд ризикнув це зробити з істериками, проте вони сказали «Зась»), бо завжди маємо справу з інтерсуб'єктивною істиною. І тому це щоразу виклики, відкриття, відчаї, міркування, опанування простого та складного, часто неможливого тощо. Цьому мистецтву психоаналізу неможливо навчитися, можна лише передати, тому ми маємо багатогодинний власний дидактичний аналіз, постійний супервізійний супровід і, звичайно, професійний обмін у вітчизняній і світовій спільноті на кшталт конференцій, симпозіумів тощо. І тому статті, наукові роботи, книги колег, які осмислюють буття суб'єкта, – це кропітка, ризикована, смілива й загалом непроста робота, яка має за мету диференціацію теорій і заповнення пробілів, боротьбу з однозначністю та догматичністю за живі, рухливі думки. Це узагальнення досвіду, відстоювання позицій і збереження основних принципів методу в той час, коли тривожне та крихке поле запитів на терапію перетворюється на швидкий конвеєр масової псевдодопомоги, вульгаризації та публічного невігластва. Неважливо, інтерес до психоаналітичної психотерапії проявляється у формі критики чи прийняття, саме цей метод ось уже більше століття доводить свою непересічність, дієвість, бо керується етикою, повагою до суб'єкта та його істини, допомагає відстояти його право на суб'єктивність. Психоаналітична думка тож усе більше стає вагомим ключем для осмислення місця суб'єкта в сучасному дискурсі.

Психоаналіз спирається на слово, мову, мовлення, значення слова, бо лише так ми можемо почути симптом, який вимовляється, неочікувано виринається з несвідомого. Це важливо ще й тому, що мовлення є матерія, а не буття. Значення слова в контексті досліджень колег не менш важить як для осмислення шляхів, прокладених засновниками методу, так і для створення умов розвитку сучасного психоаналітичного мислення.

«Психоаналітичні есеї» психологині, психоаналіткині, кандидатки психологічних наук, директорки Львівського психоаналітичного інституту ментального здоров'я Юлії Мединської – це, за її словами, «колекція спогадів, які зафіксовані у вигляді наукових статей, доповідей на конференціях, а також творчих писемних артефактів. Книга

про роботу, роздуми, сумніви, людську психіку, про радість і печаль, про безсенсовність і сенс. Ця книга – вдячність усім значимим людям у моєму житті» (Мединська, 2021, с. 5). Власне, саме така преамбула підкупила. Мені захотілося читати, тому що авторка не обіцяла безумовної академічної правоти, не наполягала на єдиній істині, а запрошувала міркувати разом із нею. І я повірила. І пішла її почитати / послухати, здивуватися, подискутувати, посперечатися, згодом подякувати. А ще тут є трохи прекрасних хайку Мацуо Басьо. Його рядки там, де все дуже серйозно, додають легкості й свободи викладу, бо будуватися хайку, як відомо, на співвіднесенні внутрішнього світу автора з природним у теперішньому часі. Тобто дуже психоаналітично: тут і зараз.

Це не просто книга есеїв, які назбиралися в доробку авторки за останні 15 років. Це цінний за змістом і цікавий за структурою збірник текстів різних тем Юлії Мединської й короткі не менш цінні й цікаві оповідки не-Юлії не-Мединської. Дуже вдалий хід. Винахід навіть.

Отже, **Юлія Мединська** розмістила на початку книги свої тексти в хронологічному порядку, але потім збирала на свій розсуд у п'яти розділах, тобто так, як, напевно, формувалася її власна психоаналітична думка, опановувався досвід, відбувалося навчання, ставалася дотичність до певних тем і досліджень. Мова йдеться про психоаналітичну психотерапію в умовах стаціонарного лікування, поза стаціонарною рамкою, про стигми та дестигматизації, теоретичне опанування юнгіанської психології, а крайній розділ, як вважає Юлія, написаний... її Воно (чи Вона), напевно, що несвідомим. А несвідоме, як відомо, влаштовано, як мова, як мова місця-часу, мова, що дрейфує, змінюється, та й загалом мова – це дискурс Іншого. Проте Інший (за висловом французького психоаналітика Ж. Лакана (Lacan, 1966), «не є простим місцем, де лопоче правда»). Тому Воно непередбачуване, але промовисте, і, бува, повідомляє авторці про настрій написати текст, бува – мовчить, але все одно ж промовляє. І тоді Юлія здогадується, що коли Воно мовчить, то мовчить про неї, але не про Юлію, а про не-Юлію. Це мені нагадує вислів Ф. Ніцше, який помічав, що думка приходить, коли вона хоче, а не коли я хочу, тому буде викривленням говорити, що суб'єкт «я» є умовою предикату «мислю» (Ніцше, 2021). І тоді не-Юлія розповідає свої історії пізнання світу, бо вона є тією, яка працює не в стаціонарі, не в кабінеті, а ходить, роздивляється, знайомиться та зростає в прекрасному Едемі, і звати її вже не Юлія, а Єва, і її слова «подібні до піску, до тимчасових нейрональних мереж, до опалого листя на вітрі: зараз є, а за хвилину вже й немає. Тож тішимося, поки вони є». Хоча мені здається, що історія про Єву з'явилася в книзі не випадково. Десь на середині цього фоліанту є цікава стаття-осмислення

¹ Мединська Ю. Психоаналітичні есеї. Львів : Бона, 2021. 281 с.

клінічного випадку так званої Єви Інстаграмської в порівнянні з Євою Едемською в логіці протоментальності як відправної точки психічного розвитку особистості. Юлію приваблює міфологія, це для нас зрозуміло та звичайно, що ми осмислюємо психічні процеси саме за допомогою міфів. Образ безтурботного біблійного Едему, Єви, змія та яблука для дослідниці є фантазією про існування буття: воно безподійне, безтурботне, без добра і зла, народження і смерті, болю й сорому, і, напевно, головне, що Єва не знала любові. От такий рай авторка порівнює з іншим раєм, інстаграмним, який населений глянцевидами Адамами та Євами, теж безтурботними на перший погляд. Це Едем безневинних дітей сучасних цивілізаційних процесів та канонів краси, які експериментують зі своїм тілом. А встановлення тілесних меж і є прототипом психічних кордонів, розрив між тілом і образом тіла веде до патологічної деперсоналізації, дисморфобії, дисформанії, самоушкоджень, загалом певної соматизації. Клінічна вінетка підтверджує теоретичні міркування авторки.

Есеї Юлії Мединської демонструють, наскільки психоаналітик має бути освіченим і здатним застосувати психоаналітичний підхід до міркувань на різноманітні теми. Особисто мені було надзвичайно цікаво читати про досвід пані Юлії в роботі в стаціонарі. У нас вкрай мало описів такого досвіду, на відміну від європейських країн чи Америки, де командна клінічна робота має на увазі поруч із лікарями потужну участь психоаналітиків, бо тоді створюється поле зіткнень різних поглядів на симптоми, відбувається взаємний вплив і розвиток. У нашій країні ми стикаємося з опором, бо медицина домінує. Але це дуже важлива й непроста робота. Я маю власний досвід такого супроводу пацієнтів під час клінічної роботи закордоном, і розумію те, про що пише пані Юлія, а саме що від нас вона потребує неабияких емоційних та інтелектуальних інвестицій, ми потребуємо тоді постійних супервізій, але, як правильно зауважила Мединська, воно того варте: «Результатом такої енергетично затратної роботи є творення нових наративів – історій, що допомагають осмислювати досвід» (Мединська, 2021, с. 24). Авторка дає нам щедрий кейс своєї праці, від окреслення самої психотерапевтичної рамки в стаціонарі до міркувань про інверсії внутрішнього і зовнішнього, долучення до практики основ селф-психології, використання принципу вільних асоціацій чи навіть поняття «антикрихітськості» саме з демонстрацією клінічних випадків. Або ж, приміром, лінгвістичного підходу до комунікації всередині клініки, тобто як у цьому просторі відбувається вербалізація пережитого, але не «ословесненого» досвіду, бо психологічний простір психотерапевтичної клініки є, за словами дослідниці, «віртуальним полем зіткнення автентичних мовних і смислових конструктів пацієнтів та професійних, інокультурних мовних і смислових конструктів колективу лікарів, психотерапевтів, психологів». Клініка є середовищем для виникнення й плекання символічної комунікації, бо поряд із фармакологічним лікуванням психічних розладів здійснюється і психотерапевтична курація пацієнтів: індивідуальна та групова психотерапія, соціальні тренінги, терапія з допомогою мистецтва.

У розділі, який вміщує дослідження Юлії Мединської поза рамкою стаціонару, ще більше цікавого, бо це короткі історії опанування та власного розуміння психоаналітичних концептів і феноменів, які, за великим рахунком, можуть стати своєрідним підручником, якби ми вивчали психоаналіз за ними. Але ж усе зовсім навпаки. І тому ці есеї – насолода для читача. Прошуки ідентичності, ідентифікації, феномен залежності, концепт контрперенесення, сиблінгові стосунки, нервову анорексію, нарцисизм і партнера нарцису, психоаналітичний час тощо. Увагу привертає дослідження помилки в психоаналітичній практиці: як розрізнити помилку і не-помилку? Які наслідки вони мають? Як оцінити ці наслідки? Чи можливе щось

об'єктивно хибне чи об'єктивно правильне у сфері суб'єктивності? Чи є параметри помилки? Авторка аналізує клінічний випадок зі своєї практики в логіці «А чи все правильно я зробила?» і намагається, наскільки це можливо, помислити інші варіанти ведення сесій, якби вони були можливі. Дуже корисно.

Особливо мене привабив текст аналізу нервової анорексії, де авторка розглядає анорексію як соціальний феномен, пов'язаний із несформованістю жіночої ідентичності. Дуже хотілося подякувати та надалі подискутувати з цієї важливої теми, бо питання стоїть значно ширше. У дослідженнях анорексії, яка межує з неврозом і психозом, багато «білих плям», бо це особливий спосіб буття, специфічний, перебільшений, небезпечний, який змушує суб'єкта відмовитися від ідеалу, цінність якого визнана. Первинна заміна вербального контакту з дитиною солодким невербальним веде до того, що надалі насиченість невербального голоду стає джерелом свідомого і несвідомого почуття провини. Щоб знизити напругу, потрібен біль, який перетворюється на покарання іншого (матері) чи самого себе. Але це тимчасово, бо несвідома провина повертається та потребує покарання. Також аноректичний синдром – це межа, за якою метафора батька не вписується, і суб'єкт залишається беззахисним у материнському бажанні. Анорексія також може бути осмислена і в контексті зв'язку бажання та нестачі, якою, власне, і забезпечується бажання. Тобто суб'єкт відмовляється від їжі, щоб відновити нестачу. Такий суб'єкт їсть ніщо, щоб бути нічим, у цій афективності споживає нічого, а бажання просто уточнює нестачу. Тому це складна аналітична робота, бо ми не намагаємося викоренити симптом, це завжди невдача, це бути на боці матері, і аноректик буде протистояти, захищати свою смертоносну насолоду, тому клінічний підхід обережний та індивідуальний, і нам ще багато треба набути досвіду, щоб не знаходитися й у медичному дискурсі.

Із задоволенням читала розділ про стигматизацію психічної хвороби як регулятора «колективного щастя», бо в сучасному дискурсі проблема благополуччя корегується позначником «бути щасливим попри все». А прагнення щастя є вітальною енергією потягів на кшталт інстинкту самозбереження, і тому це водночас особисте і спільне людське бажання, от і запускаються всі можливі механізми як його досягнення, так і захисту. Пані Юлія ретельно досліджує поняття «бути щасливим», як бути задоволеним собою, у базових і не лише потребах, як бути гідним самоповаги та поваги.

«Давне – юнґіанське» – розділ об'ємний, і, здалося, що тут, при його написанні, авторці було найбільш тепло, цікаво та зручно, бо, погодьтесь, досліджувати етнічний менталітет, формування націй, міфи, фемінні архетипи у формуванні української ментальності – суцільне задоволення.

Ну, а Єва не-Мединська, однак, здається не менш обізнана в психоаналізі, ніж Юлія Мединська! Може, їй навіть пощастило більше, бо у своєму світі вона сам на сам зустрічається зі знайомими людьми, відомими психоаналітиками. Єва – не-психолог, не-психоаналітик, не-кандидат психологічних наук, не-доцент, не-директор і так далі. Вона просто Єва. Перша жінка. Єва мешкає не у Львові, а в джунглях, садах, океанах, підвалах, перехрестях, лікарнях, нічних клубах, офісах, тихих бібліотеках, університетах, мандрує, зустрічається, набуває життєвого досвіду, але непередбачувана та ненадійна. З останнім можна посперечатися, бо як не сторінка, де Єва спілкується то з Вінікотом, то з Кляйн, то з Анною О., то з Хорен, Бодріаром, Кохутом чи Бюном, Босхом або Ван Гогом, або, звичайно ж, зі Змієм, то це демонстрація неабиякої обізнаності, бо сьогодні всі вже багато знають про психоаналіз, і навіть у кабінеті Юлії можуть сміливо міркувати і про Едипа, і про фалос, і про сепарацію, і про індивідуацію тощо.

Єва блукає зимовими й осінніми едемськими садами, дивлячись у нічне прекрасне зоряне небо, філософствує, її турбують як глобальні людські питання, так і прості жіночі, співвідношення з чоловічим, бо вона теж, певно, замислюється над важливим власним внутрішньопсихічним конфліктом: чоловік я чи жінка? І навіть сам Фройд запрошує її пройти психоаналіз, бо Адам відмовився (а дарма) від психоаналізу на користь КІПТ – чоловіки часто гальмують, прокрастинують, переживають, у них теж є конфлікт: живий я чи мертвий? Отже, Єва погодилася, і через 221 сесію вона Зігмунда таки вразила, бо «Єва знов називає мене Змієм. Усе більше стає очевидним негативне перенесення Єви на мене, як на Змія. Агресивні та лібідінозні елементи змійського перенесення констелюють позасвідомий едипальний конфлікт. Пора супервізуватися...»

До кого він майнув у супервізію наразі невідомо, може, до того ж Фліса, проте Єва продовжує мандрування, спілкування та споглядання після кожної наукової статті Юлії, а її розповіді записуються на рожевих сторінках, наче вона – геть легковажна особа, проте ніхто їй особливо не вірить, бо колись французький психоаналітик Жак Лакан, із яким їй ще буде нагода зустрітись, певно, на білих сторінках, викрив оце все жіноче рожеве та сказав, що жінка не-всі (Лакан, 1975). Жінкам взагалі затісно в рамках, жіноче бунтує проти нормалізації, не вписується в поняття норми, не може стати універсальною. Тож Лакан говорить, що жінка – Інше навіть сама для себе, не говорячи вже про чоловіків. Вона Інше до всього, що може бути названим. Вона *pas-toute*, не-всі в її насолоді, у тому ж розумінні, що й стосується її та Іншого. Не-всі – винахід Лакана для пояснення глухого кута між чоловіком і жінкою, і ця логіка не-всього привела психоаналітика до дивовижно сміливого рішення описати логіку жінки. Лакан старався. Він говорив про насолоджування та фалічність, про проблему сексуальності й дійшов висновку, що такої логіки жіночої немає, бо в ній світ – це деякий ряд, який іде в нескінченне, і це робить жінку загадкою. Жінка і є нескінченність. Вона – виняток. І тому, що вона нічого не знає про свою насолоду, часто фундаментально самотня, що не заважає їй закохуватися. Єва про це знала. Але їй важливо було побути поки що так, рожево, щоб, можливо, якось полегшити Юліну наукову всемогутність?

Але **Юлія Мединська** в цьому не має потреби, бо, як мені вбачається, саме тому, щоб не надто засиджуватися в університетському дискурсі, а залишатися й у психоаналітичному, їй і заімпонувала концепція Юлії – не-Юлії, стаття наукова – міркування Єви, яка, схоже на те, є звичайнісінькою аналізаткою (якими є ми всі, не дивлячись на регалії), знов потужне наукове дослідження, знов Євині зустрічі й цікаві висновки. Щоб донести до читача власні підходи й спостереження як науковця, спираючись на широту світогляду та глибокі

знання в психоаналізі, психології, психотерапії та споріднених, дотичних до психоаналізу, філософії, герменевтики, феноменології, медицини, лінгвістики тощо, бути відносно зрозумілою, а не зарозумілою, пані Юлії якраз і вдалося те, що властиво не всім психоаналітикам. Власне, відмовитися від упередженості, зійти з панської позиції та прийняти так звану кастрацію, знати не все й ділитися не суто знаннями, а міркуваннями, бо психоаналіз виникає лише там, де не має місця пану. Психоаналітика набагато більше визначає не знання, набуте за рахунок «університету», а власний досвід, здатність відмовитися від позиції метра. Психоаналіз, як зазначають класики, міг виникнути тільки в момент потужної кризи панського дискурсу, розчарування, не-віри, бо панівність завжди трохи вчора. Із посиленням науки панський дискурс породив університетський, який говорить від імені знання, і панує, зрозуміло, в академіях тон безапеляційного панського знання, сталого, однозначного, владного: так прийнято вважати, беззаперечно тощо, а психоаналітична думка, навпаки, рухлива, динамічна. Коли панує університет, тоді інший, до якого звертаються, стає не-суб'єктом, який має вірити й не сперечатися. Тобто тоді суб'єкт – результат об-знання. Але ж він все одно розщеплений і невдоволений.

Психоаналітики знають, що вони не вписуються в такий дискурс. Юлія Мединська своїми текстами саме це і доводить, бо будь то виступ на науковій конференції чи стаття в науковому журналі, які систематизовані в книзі, повсякчас ви зустрінете сумніви, припущення, посилення, міркування. Це викликає і цікавість, і повагу. Позиція аналітика, можливо, комусь здається дивною, але ми звикли припиняти свою особистість у кабінеті, щоб дати місце в промові тим об'єктам аналізанта, які визначають його симптоми. Звісно ж, звертається аналітик до суб'єкта нестачі, це по суті єдиний дискурс, який явно визнає людину в такій якості. Будь-який дискурс – це певний соціальний зв'язок, у якому є відносно чітке розуміння, що говорити можна і що не можна. Тому психоаналіз робиться тільки через зміну соціального зв'язку: аналітичний дискурс дозволяє суб'єктам говорити про те, для чого немає ні місця, ні слів в інших сферах життя суб'єкта.

Поки говорила Юлія Мединська, **Єва не-Мединська** знайшла в кущах рожеву валізку на коліщатках, ошатну та елегантну. Як натяк. Як запрошення. Яким і скористалася. Склала речі, яблука, попрощалася з мешканцями Едему й покинула його з остаточним рішенням почати нове життя. Її сліди загубилися, а потім знайшлися десь у іншому світі. Юлія попрощалася з Євою, бо все має колись закінчуватися, і психоаналітичні сесії теж, хоча психоаналіз, як ми знаємо, не закінчується ніколи. То, може, зовсім скоро ми зустрінемося і з Юлією, і з Євою – іншими. Так завжди буває з тими, хто пройшов психоаналіз.

Список літератури:

- Freud, S. (1937). *Die endliche und die unendliche Analyse*. GW XVI. Aufl. Fischer, Frankfurt.
- Freud, S. (1987). *Analysis Terminable and Interminable*. International Psychoanalytical Association Educational Monographs No. 1. Edited by Joseph Sandler.
- Lacan, J. (1966). *Subversion du sujet et dialectique du désir dans l'inconscient freudien acquies. Conférence donnée au Colloque philosophique international, Royaumont, 19-23 septembre 1960*. Parue dans "Écrits", Paris.
- Lacan, J., Miller, J.-A. (1975). *Le séminaire de Jacques Lacan. Livre XX, Encore: 1972–1973*. Éditions du Seuil, Paris.
- Мединська, Ю. (2021) *Психоаналітичні есеї*. Львів: «Видавництво "Бона"».
- Ніцше, Ф. (2021). Так казав Заратустра. Жадання влади. Тернопіль: Навчальна книга, Богдан.

Анотація. Збірка «Психоаналітичні есеї» – наукові дослідження в стаціонарі та поза стаціонарною рамкою, статті, доповіді на конференціях чи симпозіумах, а також важливі й цікаві теми, які стосуються психоаналітичного осмислення різних місць, які суб'єкт займає відносно інших, дискурсу, і як із цим намагається впоратися – систематизація професійного доробку міркувань, сумнівів і просто аналізу буденної праці психологині, психоаналіткині, психотерапевтки, кандидатки психологічних наук Юлії Мединської. Ця книга є свого роду винаходом авторки у своїй структурі й надзвичайно корисною у своєму змісті як для тих, хто вивчає психоаналіз, так і для тих спеціалістів, хто розуміє власну неповноту

й долю: ми мало що знаємо, поки аналіз не довірить нам свою тайну, свою інтерсуб'єктивну істину. Особлива увага в огляді книги приділена осмисленню «неможливості» професії, багатому досвіду авторки під час роботи в стаціонарі й роздумам про місце психоаналізу в медичному закладі, опануванню лінгвістичного, міфологічного, наративного поля там, створення конструктивних копінг-стратегій, сприяння появі емоційного інтелекту та безпечного комунікативного простору з пацієнтами з психотичними чи межовими розладами. Також в огляді звертається увага читачів на окремі дослідження авторки з ключових тем, які досліджує психоаналіз: нарцисизм і нарцисичні пари, проблема ідентифікації, перенесення і контрперенесення, міркування щодо причин нервової анорексії, осмислення проблем між сиблінгами тощо. Корисними й цікавими є теми юнґіанського підходу до розуміння колективного несвідомого, фемінних архетипів у формуванні української ментальності, стигмів і дестигмації, психоаналітичного осмислення часу, помилок у психоаналізі. Загалом збірка есеїв Юлії Мединської є певним взірцем написання психоаналітичних текстів, творчого підходу до розуміння як свого місця у всіх цих історіях, так і ще однієї героїні книги – не-Юлії, а Єви не-Мединської, яка є не менш важливим провідником у Едем, де не так уже й комфортно, спокійно та безпроблемно, як видається на перший погляд, і тому набування власного досвіду в спілкуванні з відомими людьми та неабияке психоаналітичне мислення змушують таки покинути його в очікуванні змін.

Ключові слова: психоаналіз, мовлення, аноректичний синдром, ідентифікація, стигма, Мединська, суб'єкт.

Abstract. The “Psychoanalytic essays” – inpatient and outpatient research, articles, reports at conferences or symposia, as well as important and interesting topics related to the psychoanalytic understanding of the various places that the subject occupies in relation to others, discourse, and how he tries to cope with it – systemizes professional elaboration of reasoning, doubts, and analysis of everyday work of Yulia Medynska – psychologist, psychoanalyst, psychotherapist, candidate of psychological sciences.

This book is, in a way, the author's structural invention and is extremely useful in its content both for those who study psychoanalysis and for those specialists who understand their own incompleteness and fate: we know little until the analysis entrusts us with their secret, its intersubjective truth.

In the book review, special attention is paid to understanding the “impossibility” of the profession, the author's rich experience while working in a hospital, and reflections on the place of psychoanalysis in a medical institution, mastering the linguistic, mythological, narrative field there, creating constructive coping strategies, promoting the emergence of emotional intelligence and safe communicative space for psychotic patients or patients with borderline disorders.

The review also draws readers' attention to the author's particular studies on key topics of psychoanalysis: narcissism and narcissistic couples, the problem of identification, transference, and countertransference, as well as considerations regarding the causes of anorexia nervosa, understanding problems between siblings, etc. The topics of the Jungian approach to understanding the collective unconscious, feminine archetypes in the formation of the Ukrainian mentality, stigmas and their destigmatization, psychoanalytic understanding of time, and mistakes in psychoanalysis.

In general, the collection of essays by Yulia Medinskaya serves as a model of writing psychoanalytic texts, a creative approach to understanding both her place in all these stories, and another heroine of the book – not Yulia, but Eva not-Medinskaya, who is an equally important guide into Eden, where it is not so comfortable, calm and problem-free as it seems at first glance, and therefore the acquisition of own experience in communicating with famous people and quite psychoanalytical thinking force you to leave it in anticipation of changes.

Key words: psychoanalysis, speech, anorexic syndrome, identification, stigma, Medynska, subject.