

УДК 616.89-008-053.8+615.851

М. М. Пустовойт, канд. мед. наук

## ЕТАПИ ПСИХОДИНАМІЧНО ОРІЄНТОВАНОЇ ПСИХОТЕРАПІЇ У РОБОТІ З ІНВОЛЮЦІЙНИМИ ПАЦІЄНТАМИ

*Одеський державний медичний університет, Одеса, Україна*

УДК 616.89-008-053.8+615.851

М. М. Пустовойт

## ЭТАПЫ ПСИХОДИНАМИЧЕСКИ ОРИЕНТИРОВАННОЙ ПСИХОТЕРАПИИ В РАБОТЕ С ИНВОЛЮЦИОННЫМИ ПАЦИЕНТАМИ

*Одесский государственный медицинский университет, Одесса, Украина*

В настоящей статье предлагается описание фаз психодинамически ориентированной психотерапии пациентов с психическими расстройствами в инволюции. Все фазы образуют различные вариации центрального фокуса переживаний данного контингента больных: «примирение со своей собственной жизнью (с обстоятельствами своей внешней и внутренней реальности)». Дабы оптимизировать психотерапевтический процесс, автор предлагает использовать определенную терапевтическую тактику и интерпретативную технику в соответствии с конкретной фазой терапевтического процесса, таким образом, формируя алгоритм кратковременной психодинамически ориентированной психотерапии данных расстройств.

**Ключевые слова:** инволюция, психодинамически ориентированная психотерапия, нарциссизм.

UDC 616.89-008-053.8+615.851

М. М. Pustovoyt

## STAGES OF PSYCHODYNAMIC ORIENTED PSYCHOTHERAPY IN WORK WITH INVOLUTION PATIENTS

*The Odesa State Medical University, Odesa, Ukraine*

The stages of psychodynamically oriented psychotherapy of patients with psychic disorders in involution are described in the article. All the stages form different variations of experience central focus of given patients contingent: "reconciliation with own life (with circumstances of own external and internal reality)". Having an aim to optimize the psychotherapeutic process the author proposes to use special therapeutic management and interpretative technique in correspondence with a precise stage of the therapeutic process. So, he forms a short-term psychodynamically oriented psychotherapy algorithm of given disorders.

**Key words:** involution, psychodynamically oriented psychotherapy, narcissism.

### Вступ

Психоаналітична парадигма дозволяє концептуалізувати інволюційні психози як результат декомпенсації нарцистичної особистісної структури при зіткненні з екзистенційними проблемами старіння [1]. Інволюція є періодом «підбиття підсумків», що пов'язано з необхідністю усвідомлення власної кінечності, фізичної та психологічної вразливості, самотності, професійної та/або особистісної нереалізованості. Симптоми інволюційної депресії чи параноїду у цьому контексті є формою опору пацієнта такому усвідомленню, оскільки дозволяють упоратися з травматичною реальністю у патологічний неконструктивний спосіб, оминаючи необхідність осмислювати масштаб змін і своє безсилля перед ними. Захисна фрагментація Селф створює умови для «рету-

шування» суб'єктивної картини реальності та уможливорює релятивізацію відповідальності за невдачі (у разі інволюційної депресії) або перекладання цієї відповідальності на оточуючих (у разі інволюційного параноїду). Відтак однією з ключових цілей психодинамічно орієнтованої психотерапії є ініціювання поступової інтеграції Селф, у результаті якої пацієнт зможе побудувати зрозумілу для себе, суб'єктивно значущу концепцію, яка відновить і прояснить зв'язки між трьома базовими площинами: його особистістю, «зрежисованим» нею життям і актуальною життєвою ситуацією (у тому числі й психічним розладом). Інтегративні (та дезінтегративні) процеси Селф активізуються під час діалогу між пацієнтом і аналітиком, а також у контексті внутрішнього виміру цього діалогу — самостійних розмірковувань пацієнта про обставини життя,

мотиви та наслідки своїх вчинків. Зворотною стороною цього твердження є визнання реальності того факту, що в площині діалогу з психотерапевтом пацієнт спонтанно (без індукції з боку психотерапевта) актуалізує деякі важливі для нього переживання, що змістовно пов'язані між собою та опосередковано відображають його психічний стан. Утворюючи певний змістовний континуум, дані переживання «конденсуються» навколо конкретних тем, яким можна дати власну назву й описати як певну варіацію центрального фокуса<sup>1</sup> переживань, пов'язаних з екзистенційними проблемами старіння. Тому формулювання такого центрального фокуса переживань і описання його конкретних тематичних варіацій постають як **актуальна проблема** лікування психічних розладів, пов'язаних з інволюцією, та можуть бути виділені як **головна мета** даного етапу роботи.

З іншого боку, формулювання центрального фокуса переживань відіграє також роль «орієнтаційно-структурної гіпотези» [2], котру, опрацюючи у різних варіаціях на кожному етапі / фазі психотерапії, постійно вивіряють і коригують із урахуванням актуальних переживань пацієнта і динаміки стосунків у парі «психотерапевт — пацієнт», тобто дана процедура (формулювання центрального фокуса) чинить безпосередній вплив на технічну позицію терапевта, зокрема підтримує селективність його активної уваги — спонукає до інтерпретації одного матеріалу й ігнорування іншого. Спираючись на фокальну гіпотезу, аналітик вибирає, який матеріал із генерованого пацієнтом ввести в спільний психотерапевтичний простір як ігровий зміст, а який залишити на периферії, не приділяючи йому особливості уваги. Такий стиль роботи буде відповідати реальним рамковим умовам психотерапії інволюційних пацієнтів, які тимчасово перебувають у стаціонарі, коли дотримання ідеальних технічних «параметрів» психоаналітичної психотерапії за К. Айслером [3] — позиції вільно плаваючої уваги, опрацювання кожного / будь-якого матеріалу, високої частоти сесій — просто неможливе. Саме тому формулювання центрального фокуса в психодинамічно орієнтованій психотерапії інволюційних пацієнтів виконує важливу методологічну роль, спрямовуючи та структуруючи саму психотерапію, надаючи їй певної динаміки та дещо форсуючи її результативність.

Отже, враховуючи все вищесказане, кінцевою, спрямованою на безпосередню терапевтич-

ну практику **метою** даної роботи буде створення апробованого алгоритму короткотривалої психодинамічно орієнтованої психотерапії пацієнтів з психічними розладами, що маніфестували в інволюційному періоді життя.

Для реалізації означеної мети в дослідженні були поставлені такі **завдання**:

1) сформулювати центральний фокус переживань пацієнтів з інволюційними психічними розладами;

2) описати його конкретні тематичні варіації, що спонтанно актуалізуються в психотерапевтичному діалозі та будуть відображати процес зростаючої інтеграції фрагментованого Селф даних пацієнтів;

3) відповідно до описаних варіацій центрального фокуса виділити етапи / фази терапевтичного процесу інволюційних хворих;

4) концептуалізувати оптимальну тактику й інтерпретативну техніку психотерапевта, що будуть сприяти успішному перебігу психотерапії.

#### Матеріали та методи дослідження

Дослідження проводилося на базі клінічних відділень кафедри психіатрії Одеського медичного університету (зав. кафедри д-р. мед. наук, проф., чл.-кореспондент АМН України В. С. Бітенський), Одеської обласної психіатричної лікарні № 1 і у психоневрологічному відділенні Дорожньої клінічної лікарні № 1 ст. Київ (завідувач відділення д-р. мед. наук, проф. О. С. Чабан).

Усього за період з січня 2003 р. по грудень 2007 р. сформовано вибірку з 234 пацієнтів. У вибірку включали усіх хворих інволюційного віку (45–60 років), які надійшли у психіатричний стаціонар вперше або повторно (за умови, якщо психоз маніфестував після 45 років) з попереднім діагнозом «інволюційний психоз». Під час формування загальної вибірки хворих кожен 7-й випадок вивчався ретельніше, таким чином, що у нас утворилася рандомізована підгрупа основної вибірки, яка налічувала 31 випадок. Разом із поглибленим обстеженням, представницям даної підгрупи було проведено психотерапевтичне лікування. Дана стаття побудована на ретельному аналізі перебігу психотерапевтичних сесій цієї підгрупи. Загалом запропонована модель психотерапії була застосована у 62 випадках.

Провідні методи дослідження, на яких у даній статті будуються висновки, — метод психоаналітичного первинного інтерв'ю [4] та метод ретроспективного аналізу отриманих у процесі терапевтичних сесій спостережень. У роботі наведено результат аналізу даних психоаналітичного інтерв'ю та психотерапевтичних сесій 31 випадку, що дозволили нам виділити центральний фокус переживань інволюційних пацієнтів, описати його

<sup>1</sup> Латинське слово *focus* означає «вогнище» (пожежі, спалаху). У повсякденній мові — це місце (простір), джерело інтенсивних подій (змістів) думок. В оптичній фізиці дане поняття застосовується для визначення центральної точки сходження променів світла; у медицині — вогнища патологічних змін в організмі (наприклад запалення). У психотерапії під «фокусом» розуміють чітко окреслену сферу інтрапсихічного конфлікту, що домінує у переживаннях пацієнта та на якій концентрується основна робота психотерапевта.

конкретні тематичні варіації; відповідно до описаних варіацій центрального фокуса виділити етапи / фази терапевтичного процесу інволюційних хворих, а також концептуалізувати оптимальну тактику й інтерпретативну техніку психотерапевта, що сприятиме успішному перебігу психотерапії.

### Результати дослідження та їх обговорення

У попередніх публікаціях [1; 5] на окремо взятих клінічних випадках було наочно проілюстровано, що пацієнти з інволюційним психозом нездатні пов'язати актуальну життєву ситуацію (хворобу) з прожитим життям (як параноїчний вектор переживань) або нездатні прийняти / інтегрувати своє реальне життя у суб'єктивну історію життя / знайти зміст у прожитому житті (як депресивний вектор переживань). Тому, не вдаючись тут до безпосереднього аналізу детермінант психічного стану цих пацієнтів, ми можемо сформулювати центральний фокус їх переживань і відповідно фокус терапевтичної роботи з ними так: *(повсякденною мовою)* потреба в примиренні зі своїм власним життям (з обставинами внутрішньої та зовнішньої реальності) / *(мовою академічної психології)* потреба в примиренні зі своїми уявленнями про оточуючий світ і самого себе / *(мовою психоаналізу)* потреба в інтеграції об'єктивних і Селф-репрезентацій.

Терапевтичний процес інтеграції Селф відбувається паралельно з поетапним опрацюванням вищесформульованого фокуса, що відзначається певними загальними закономірностями й описується через конкретні тематичні варіації даного центрального фокуса, які, у свою чергу, формують етапи терапевтичного процесу.

#### *Загальні закономірності терапевтичного процесу інволюційних пацієнтів*

Якщо виконати всі умови щодо захисту ігрових часу, простору та змістовного наповнення психотерапевтичних сесій [6], м'яко стимулювати й ефективно підтримувати на достатньому рівні анаклітично-діатрофічне перенесення [7], то інтегративний діалог розвивається достатньо спонтанно, але, разом із тим, і закономірно — як проходження певних етапів / фаз<sup>2</sup>. Кожному з них притаманні специфічні змістовні та стосункові параметри, зокрема опрацювання тих чи інших переживань у контексті певного рівня перенесення (В. Льох) [8]. Відтак перехід від однієї фази до іншої визначається зміною домінуючої тематики переживань пацієнтів і трансформацією афективного фону, що супроводжує опрацювання цих переживань.

Комунікативні інтеракції між терапевтом і пацієнтом структуруються довкола двох базових полюсів — об'єкт-орієнтованої та Селф-орієтова-

ної позиції пацієнта. Йдеться про почергове опрацювання тем, які стосуються взаємодії аналізанда з зовнішнім світом / внутрішніми об'єктами та з власним Селф. Черговість опрацювання ключових тем визначається циклічними коливаннями між названими полюсами з усе меншою амплітудою, тобто з тенденцією до зближення об'єкт-орієнтованої та Селф-орієнтованої позиції, що забезпечує примирення протилежностей та поступову інтеграцію цілісної ідентичності. Як свідчить наш досвід, під час кожного циклічного витка відбувається повернення до базових ідей і ключових переживань, озвучених на попередніх етапах, включно з первинним інтерв'ю, але щоразу на когнітивно вищому та емоційно більш диференційованому рівні. Тобто в коливаннях між об'єкт-орієнтованою та Селф-орієнтованою позиціями відбувається циклічне опрацювання центрального фокуса переживань інволюційних пацієнтів у його різних варіаціях. Іншими словами, усі варіації центрального фокуса утворюють специфічний змістовний континуум, так що попередні фази містять у зародковому / згорнутому / недиференційованому вигляді всі ключові теми, котрі будуть розвинуті / розроблені / диференційовані під час подальшої терапії.

Разом із тим, виділення окремих фаз у перебігу терапії носить достатньо умовний характер. З одного боку, важко проводити демаркаційні лінії у просторі стосунків, де процеси комунікації й осмислення не завжди структуруються як чіткі переходи чи якісні стрибки. Значимі теми та їхні афективні шлейфи не обриваються несподівано, а циклічно актуалізуються та поступово згасають у міру їх катартичної вербалізації й психотерапевтичного опрацювання. З другого боку, названі фази можуть змінювати одна одну як послідовно, так і хаотично; як від сесії до сесії, так і в межах окремо взятої зустрічі з пацієнтом. Зокрема, вже під час первинного інтерв'ю виявлена етапність може відтворюватися досить виразно, але у межах коротших часових проміжків і відповідно більш поверхово, ніж це можна спостерігати у контексті подальшої терапії. Крім того, тривалість фаз нерівномірна, індивідуальна для кожного пацієнта через те, що вона детермінована його психічною організацією, афективними та когнітивними ресурсами, зрештою, — конкретним життєвим досвідом.

У процесі роботи нами виявлено певні закономірності поетапного структурування психодинамічно орієнтованої психотерапії інволюційних пацієнтів, що можуть бути описані як такі тенденції: а) схильність до застрягання на перших фазах терапії; б) поступове дозрівання до переходу на наступний етап; в) необхідність опрацювання заключних фаз терапії в амбулаторному режимі. Ці особливості динаміки психотерапії зумовлені, у першу чергу, мірою фрагментова-

<sup>2</sup> Поняття «фаза психотерапії», «етап психотерапії» використовуються у даному контексті як синоніми.



ності Селф пацієнтів: на початкових етапах терапії функції Его максимально дезінтегровані, що відповідає психотичному переживанню фрагментованого Селф<sup>3</sup> (інволюційному параноїду / інволюційній депресії). Тому, навіть започаткувавши інтегративний діалог, не можна сподіватися на отримання його швидких результатів. Натомість у міру відновлення функцій Его процес осмислення пацієнтом власного досвіду стикається з меншими труднощами, обслуговується все краще інтегрованим Его, відтак відкривається доступ до глибших шарів роботи — поступового переходу до наступних фаз терапії. Таким чином, етапність психотерапії передбачає не константну зміну одного стану іншим, а радше тенденцію до збільшення інтеграції Селф, до дозрівання / відновлення Его-функцій на фоні поступового опрацювання пацієнтом своїх ключових життєвих досвідів (іншими словами, поступового опрацювання центрального фокуса переживань).

*Етапи психодинамічно орієнтованої  
психотерапії у роботі  
з інволюційними пацієнтами*

На кожному етапі психодинамічно орієнтованої психотерапії аналітик застосовує відповідну терапевтичну тактику, котра узгоджується з актуальним фокусом переживань пацієнта (конкретною варіацією центрального фокуса). Коротко охарактеризуємо кожен етап за її базовими параметрами:

**1. Фаза «формування довіри до терапевта»** — ініціювання та підтримання первинного позитив-

<sup>3</sup> Існуючі розбіжності у застосуванні понять Его та Селф у межах різних психоаналітичних напрямків і шкіл вимагають конкретизації значень названих термінів у контексті даного дослідження. «Его» відповідає частині структури психіки, котра може бути описана об'єктивно, а «Селф» вказує на самовідчуття суб'єкта у його власних фантазіях [9, с. 508]. Як зазначає В. Льюїс, ми визначаємо Его через його функції, які «гарантують формування та існування принципу реальності як регулятора душевного життя, а, разом з тим, і поведінку організму в цілому» [10, с. 81]. Натомість Селф означає аспекти переживання власної персони, усвідомлення себе, самосвідомість [там само, с. 90]. У гіпотетичному просторі між Его та Селф відбувається рефлексивне опрацювання здобутого досвіду. Таким чином, Его як сукупність механізмів: тестування реальності, репрезентації реальності у внутрішньому світі суб'єкта та реалізації адаптивних стратегій відповідно до сформованих репрезентацій, — з одного боку, забезпечує існування Селф як цілісного переживання себе, а з другого — зумовлюється потребами й актуальним станом Селф. Між Его та Селф існує діалектичний зв'язок, так що дефіцитарність у сфері функціонування Его призводить до порушень цілісного самовідчуття — фрагментації / розщеплення / дифузності Селф, а дефіцитарність у переживаннях цілісності / інтегрованості системи Селф — порушує розвиток зрілих механізмів функціонування Его. Видима на перший погляд суперечність усувається, якщо пам'ятати, що формування ядра Селф відбувається в інтерактивному полі, коли опікаючий об'єкт виконує для дитини функцію допоміжного Его, допомагаючи підтримувати цілісність дитячого Селф, а відтак — стимулює розвиток і дозрівання Его-функцій.

ного перенесення (анаклітично-діатрофічного стосунку), що корелює зі здатністю пацієнта довіритись аналітику та витримувати стосункові коливання у бік недовіри, повертаючись до попереднього рівня емоційної відкритості завдяки м'яким підтримуючим інтервенціям психотерапевта. Важливо зауважити, що формування довіри у нарцистичних інволюційних пацієнтів на початку терапії можливе за рахунок певної формальності стосунку з терапевтом, притаманної для перших етапів співпраці. Страх зближення та залежності, заздрість і недовіру викликають у пацієнтів тільки близькі, емоційно насичені стосунки. Натомість перший контакт із терапевтом є ще досить формальним, передсвідомо оцінюється як малозначимий, тому й безпечний. Паралельно психотерапевт за допомогою флеш-інтерпретацій демонструє, що він не має намірів ставити під сумнів картину світу хворого, як до цього моменту робило його оточення, ушкоджуючи тим самим самооцінку пацієнта. Відгуки терапевта засвідчують аналізанду, що його чують і розуміють, а це підтримує його відчуття власної спроможності та компетентності. Вищеописана тактика створює передумови для активації анаклітично-діатрофічного стосунку, в якому пацієнт може скористатися терапевтом як «корисним», хоча й малозначимим об'єктом (безпечним контейнером та опорою для свого фрагментованого Селф), не маючи потреби на свідомому чи передсвідомому рівні відчувати до нього прив'язаність і вдячність. Відтак перша фаза психотерапії перебігає як паралельне знешкодження негативних очікувань пацієнтів і власне формування довіри до психотерапевта.

*1.1. Фокус переживань пацієнтів:* сумніви, коливання між сподіваннями на допомогу та зневірою її отримати (базовий конфлікт «надія проти відчаю»). Тому при інволюційній депресії пацієнти нарікають на відсутність підтримки і разом з тим відкидають пропонувану допомогу (симптом Шерпантьє), при інволюційному параноїді — сумніваються, що їх можуть почути, проте все ж таки намагаються розповісти про себе лікарям, тобто пацієнти бояться бути почутими й отримати допомогу, оскільки це зламає їхні захисти перед усвідомленням реальної життєвої ситуації. Компромісна вигода від психотичної симптоматики полягає у тому, що подібне балансування у точці сумнівів захищає і від усвідомлення внутрішньої катастрофи, і від оцінки зовнішньої реальності.

Переживання пацієнта на цьому етапі максимально фрагментовані та близькі до Селф-орієнтованого полюса — хворий аутично занурений у свою суб'єктивну реальність, котру перший / черговий раз намагається вербалізувати для себе та сторонньої особи. Ініціювання анаклітично-діатрофічного стосунку, виникнення у пацієнта передсвідомої оцінки терапевта як «корисного (але емоційно не дуже значимого) об'єкта» під-

штовхує маятник переживань у напрямку до об'єкт-орієнтованого полюса. При цьому пацієнтам, котрі страждають на інволюційну депресію, цей поштовх і наступний рух даються важче, ніж хворим на інволюційний параноїд, оскільки перший із названих розладів може бути кваліфікований як «Селф-орієнтований» стан на відміну від «об'єкт-орієнтованого» стану при параноїді. Адже останній як форма захисту за необхідності включає зовнішній об'єкт, у який проектується нестерпні частини власного Селф, а при інволюційній депресії з площини переживань пацієнта вилучається вимір реальних людських стосунків: хворі з'ясовують стосунки або самі з собою, або зі своєю долею (з «рукою провидіння»).

*1.2. Терапевтична тактика* полягає у здійсненні м'яких підтримуючих інтервенцій і флеш-інтерпретацій, що ініціюють позитивне перенесення, зокрема вислуховування — приєднання до переживань пацієнта у тій формі, у якій вони ним наведені (емпатичне вчування в суб'єктивну — депресивну чи параноїдну — картину світу пацієнта), демонстрація ввічливої нейтральності щодо негативних очікувань пацієнтів, утримання від конфронтативної поведінки / інтервенцій, котра атакувала б їх хворобливі уявлення / переконання.

**2. Фаза «висловлення претензій найближчому оточенню»**, котру можна охарактеризувати як «дренування негативних переживань». Якщо пацієнтові вдається вільно висловити терапевту свої образи та тривоги, породжені позасвідомим відчуттям «краху свого життя» / «фіаско своєї життєвої стратегії», одночасно проективно поклавши свою відповідальність за це на осіб свого найближчого оточення, то власне й відбувається певний «дренаж» негативних переживань, з якими хворий ще не в силах впоратися. Контейнерування аналітиком фруструючих переживань пацієнта звільняє останнього від ригідної фіксації на наболілому та пов'язаного з нею напруження, відкриваючи таким чином шлях до наступного етапу інтегративного діалогу.

Передвісників даної фази можна було спостерігати вже під час попереднього етапу, коли пацієнт змальовував психотерапевту свою картину світу — ворожого, ненадійного, нерозуміючого, агресивно настроєного та небезпечного. Під час попередньої фази ці переживання були узагальнено поширені на весь світ. На даному етапі тема претензій стає домінуючою і, разом з тим, чітко сфокусованою на своєму найближчому оточенні, що свідчить про деяку стабілізацію в системі Селф і відкриває пацієнту шлях до більш диференційованого опрацювання своїх негативних переживань, аніж на рівні першої фази. Так само і дана фаза є прототипом наступного, ще більш диференційованого, опрацювання стосунків з оточенням, котре розгорнеться на 4-му етапі те-

рапії в контексті осмислення пацієнтом власного впливу на свою «життєву криву» та зворотного прийняття своїх проєкцій.

*2.1. Фокус переживань пацієнтів:* катартичне звільнення від акумульованого напруження, пов'язаного з розчаруванням своїм власним життям. «З'ясування стосунків» з оточенням і життєвими обставинами («долею») відповідають роботі на об'єкт-орієнтованому полюсі тематичного континууму центрального фокуса. Протягом цієї фази депресивні пацієнти релятивізують власне відчуття неспроможності (за формулою «Хіба можна бути добрим, коли мене оточують одні лише негідники?»), а параноїдні — своїми поведінкою та висловлюваннями — демонструють ідентифікацію з Его-Ідеалом, котра витісняє нормальне функціонування Супер-Его (у результаті чого формується розщеплена концепція світу — сам пацієнт є його позитивним полюсом, оточення — переважно негативним). Відтак у кожному разі йдеться про самоствердження хворого, відновлення його самооцінки, що відкриває шлях для наступного етапу.

*2.2. Терапевтична тактика:* застосування флеш-техніки для верифікації безпосередніх переживань пацієнтів шляхом фокусування змісту сказаного хворим і м'якої, пробаторної нарації зворотної складової вищеописаних переживань. У разі інволюційної депресії йтиметься про розчарування пацієнтів своєю власною недосконалістю, а при інволюційних параноїдах — про позасвідоме ототожнення себе виключно з сильними / позитивними сторонами реальності.

**3. Фаза «спогадів про власні досягнення та хороші часи»**, що дає можливість «стосункової верифікації» позитивних моментів свого життя, а отже, і позитивних якостей власної особистості. Через вербалізацію та осмислення такого досвіду відновлюється відчуття компетентності, створюючи передумови для збільшення інтеграції Селф. А це, у свою чергу, уможливіло роботу на ще складнішому змістовному рівні, у контексті глибшого рівня перенесення.

*3.1. Фокус переживань пацієнтів:* потреба відчувати власне Селф джерелом конструктивної активності, що відбувається через актуалізацію спогадів про власну спроможність, досягнення та успіхи. Активізація Селф-орієнтованої позиції, яку спостерігаємо під час даної фази психотерапії, виконує подвійну функцію: готує до наступного непростого етапу роботи на об'єкт-орієнтованому полюсі й одночасно захищає від переходу до нього.

*3.2. Терапевтична тактика:* емпатичний супровід, скерування флеш-техніки на озвучення емоційних досвідів більш інтегрованого Его та цілісного Селф, які пацієнт переживає під час терапевтичних сесій.

Як і у другій фазі, передвісників даної тематики бачимо на попередніх етапах терапії, зокрема

під час першого, коли пацієнт отримує підтвердження серйозного та доброзичливого ставлення до своєї особи, а також під час другого, коли на фоні змалювання «свого поганого оточення» пацієнт передсвідомо переживає себе як його кращого представника. Сама ж третя фаза також містить передвісники четвертої та готує пацієнта до роботи на рівні зворотного прийняття проєкцій та інтеграції цілісного Селф навколо ядра позитивного самовідчуття.

**4. Фаза «переосмислення свого життя та розуміння своєї особистої участі у ньому».** Послугуючись термінологією теорії об'єктних стосунків, можна кваліфікувати цю фазу як формування першого хиткого / миготливого досвіду переживань модальності «депресивної позиції» (М. Кляйн, У. Біон) [11].

**4.1. Фокус переживань пацієнтів** — повернення та зворотне прийняття власних проєкцій та корекція концепції світу і себе, тобто розширення, диференціація й узгодження системи об'єктів і Селф-репрезентацій. У депресивних пацієнтів захисна «псевдонегативна» концепція себе та світу доповнюється прийняттям реалістичних сторін самого себе, які містять як позитивні, так і негативні компоненти, внаслідок чого відбувається корекція концепції світу. Система об'єктів і Селф-репрезентацій параноїдних пацієнтів коригується так само, однак відбувається швидше у контексті тематики «надійності — ненадійності» самих себе та своїх партнерів.

**4.2. Терапевтична тактика:** відстежування коливальності пацієнтів між шизоїдно-параноїдною та депресивною позиціями, здійснення підтримуючих флеш-інтервенцій двох типів. При поверненні до першої з названих позицій флеш-інтервенції фокусують усвідомлюваний пацієнтом зміст його власних повідомлень, при переході до другої — позасвідомий зміст переживань. У міру збільшення інтеграції Селф і зміцнення Его-функцій, тобто збільшення тривалості перебування у депресивній позиції, флеш-техніка за В. Льюхом [12] поступово може замінюватися застосуванням експресивної техніки за О. Кернбергом [13].

Даний етап у розгорнутому та диференційованому вигляді містить переживання, передвісників котрих можна було спостерігати під час попередніх фаз: тут ми бачимо повторення центральної теми терапії — протиставлення та примирення себе зі своїм життям / з оточуючим світом / зі своїм внутрішнім об'єктом (мовою теорії об'єктних стосунків), що відбувається у фарватері сепараційних переживань підфази «повторного наближення» за М. Малер [14]. Різниця полягає в якісно глибшому, більш диференційованому підході до опрацювання даної проблематики на прикладах різноманітних життєвих досвідів, у тому числі й отриманих під час самої терапії. Тематика четвертої фази структурується навколо об'єкт-орієнтованого полюса, а у процесі прохо-

дження цього етапу тематичний маятник знову починає рухатися до Селф-орієнтованих переживань. За умови успішного проходження терапії «відстань» між цими протилежними полюсами стає меншою — протистояння протилежностей втрачає інтенсивність, виникає більше узгодження та примирення між протилежними досвідами й оцінками.

**5. Фаза «осмислення зв'язку між власним життям та актуальною хворобою»**, тобто прийняття відповідальності не лише за всю життєву траєкторію, а й за дану ситуацію хвороби. Супроводжується оплакуванням втрачених можливостей, котре готує психологічний ґрунт для завершального етапу терапії. Власне на цьому етапі попередній миготливий досвід депресивної позиції (М. Кляйн, У. Біон) може перерости у стабільне переживання даної модальності. Йдеться про поступове зміщення від стану розщеплення і проєктивного «вкладення» небажаних частин власної особистості у зовнішні об'єкти (властивих переживанням модальності шизоїдно-параноїдної позиції, які домінують на попередніх етапах терапії) до повернення зворотного прийняття власних проєкцій, осмислення та прийняття своєї цілісності, відтак — і відповідальності за власне життя. Цей перехід ніколи не відбувається як однозначний, цілеспрямований рух від однієї точки до іншої. Психічне дозрівання супроводжується коливаннями між названими позиціями, тимчасовими поверненнями до попереднього рівня фрагментації Селф і поступовим просуванням до цілісності всупереч психічному болю, котрий супроводжує усвідомлення життєвої реальності.

Тематичне протистояння варіацій центрального фокуса, що на попередніх етапах терапії розгорталося між полюсами об'єкт-орієнтованої та Селф-орієнтованої позицій, під час п'ятої фази прямує до найменшої амплітуди коливання та відповідно найбільшого зближення — відбувається поступове примирення себе зі своїм життям / світом / внутрішніми об'єктами.

**5.1. Фокус переживань** депресивних і параноїдних пацієнтів у цій фазі повністю збігається: «у цьому не найкращому, але й не найгіршому зі світів, така недосконала й, разом з тим, достатньо спроможна людина, як я, могла б збудувати своє життя і краще — так, щоб не опинитись у цій точці життєвої кривої (у лікарні / у хворобі)».

**5.2. Терапевтична тактика:** експресивна техніка, спрямована на покрокове озвучення вищеприписаного ключового переживання, поступове зведення його до форми послідовного формулювання, доступного для усвідомленого та цілісного сприйняття пацієнтом. А також необхідно здійснювати оцінку рівня перенесення, котре, за умови конструктивного проходження попередніх етапів, може виходити на рівень класичного невротичного, м'якого позитивного та на рівень



перенесення «фіктивного нормального Я» (В. Льюїс) [8].

**6. Фаза «вибачення себе за зроблені помилки та знаходження нових цінностей у житті».** На цьому етапі відбувається розв'язання базового конфлікту «цілісність Его проти відчаю» за Е. Еріксоном. Конструктивне вирішення цієї дилеми у контексті індивідуальної життєвої історії можливе як «постнарцистична любов людського Его... — переживання досвіду, який передає певний порядок і духовний смисл, незалежно від того, як дорого за нього заплачено» [15, с. 376].

На даному етапі крайні точки центрального тематичного континууму максимально наближаються, коливання між протиставленням і примиренням об'єкт-орієнтованого і Селф-орієнтованого полюсів перестає існувати, трансформуючись у діалектичну «єдність протилежностей». Відтак (в ідеальному випадку) індивідуалізація завершується, відкривається шлях до нового способу побудови стосунків зі світом / із собою / зі своїми внутрішніми та зовнішніми об'єктами.

*6.1. Фокус переживань пацієнтів:* як і на першому етапі, пацієнти повертаються до розв'язання конфлікту «надія проти відчаю», але на цей раз із більш функціонально здатним Его й інтегрованим Селф. Конструктивне проходження даного етапу завершує процес формування досить цілісної та стабільної системи Селф, а також знаходження індивідуального екзистенційного смислу власного життя.

*6.2. Терапевтична тактика:* застосування експресивної техніки для вербалізації переживань пацієнта, у тому числі й пов'язаних з актуальним рівнем перенесення та перспективою завершення психотерапії.

Вищеописане структурування психодинамічно орієнтованої психотерапії інволюційних пацієнтів здійснене нами на основі емпіричного досвіду. Фазність психотерапевтичного процесу вказує, у першу чергу, на напрямок розвитку переживань пацієнта, котрий може просуватися вздовж центрального змістовного континууму з довільною швидкістю за умови індукції та підтримки процесу зцілення. Тематика кожної фази розробляє той чи інший частковий аспект центрального психотерапевтичного фокуса — «інтеграція Селф і примирення з внутрішньою та зовнішньою реальністю». Осмислення різних аспектів власного досвіду на кожному етапі терапії веде до збільшення функціональної здатності Его пацієнтів, відтак — до інтеграції Селф, у результаті чого стає можливим опрацювання цілісної фокусної теми — емоційно болісної й екзистенційно значимої причини психотичної декомпенсації.

Але, разом із тим, отриманий емпіричний досвід дозволяє також стверджувати, що окреслені

варіації центрального фокуса переживань інволюційних хворих утворюють конкретні «обов'язкові» теми, що мусять бути психотерапевтично опрацьовані задля відновлення інтеграції фрагментованого Селф даних пацієнтів, тобто виділені фази терапевтичного процесу утворюють специфічний «тематичний каркас» короткотривалої психодинамічно орієнтованої психотерапії базового психічного конфлікту / центрального фокуса переживань пацієнтів із психічними розладами, що маніфестували в інволюційному періоді життя. Поєднання окресленого «тематичного каркаса» психотерапії з відповідною терапевтичною тактикою та інтерпретативною технікою лікаря може розглядатися як вивіреним і патогенетично обгрунтованим (з точки зору психогенезу захворювання) метод терапії вказаних розладів, який можна умовно записати у формі структурованого терапевтичного алгоритму (таблиця).

### Висновки

1. Центральний фокус переживань пацієнтів із психічними розладами, що маніфестували в інволюційному періоді життя, та відповідно центральний фокус терапевтичної роботи з ними можна сформулювати так: *потреба в примиренні зі своїм власним життям (з обставинами внутрішньої та зовнішньої реальності)*.

2. Опрацювання вказаного центрального фокуса відбувається у шість психотерапевтичних фаз, кожна з яких розробляє його частковий тематичний аспект.

3. Згадані фази можна умовно розмістити у такій послідовності: 1) фаза «формування довіри до терапевта»; 2) фаза «висловлення претензій найближчому оточенню»; 3) фаза «спогадів про власні досягнення та хороші часи» (фаза «стосункової верифікації» позитивних моментів свого життя, а отже — і позитивних якостей власної особистості); 4) фаза «переосмислення свого життя та розуміння своєї особистої участі у ньому»; 5) фаза «осмислення зв'язку між власним життям і актуальною хворобою»; 6) фаза «вибачення себе за зроблені помилки та знаходження нових цінностей у житті».

4. У кожній фазі психотерапевтичного процесу лікар повинен застосовувати відповідну терапевтичну тактику й інтерпретативну техніку, що узгоджуються з актуальним фокусом переживань пацієнта та мірою інтегрованості його Селф.

5. Поєднання окресленого «тематичного каркаса» психотерапії з відповідною терапевтичною тактикою та інтерпретативною технікою лікаря може розглядатися як вивіреним і патогенетично обгрунтованим (з точки зору психогенезу захворювання) метод терапії пацієнтів із психічними розладами, що маніфестували в інволюційному періоді життя.

**Алгоритм психодинамічно орієнтованої психотерапії пацієнтів із психічними розладами,  
що маніфестували в інволюційному періоді життя**

| Фаза терапії  | Фокус переживань пацієнта   | Терапевтична тактика  | Інтерпретативна техніка  |
|---|---|---|--|
| I. Формування довіри до терапевта   | Невирішений конфлікт «надія проти відчаю»   | Ініціювання та підтримка позитивного перенесення  | М'які підтримуючі інтервенції, емпатичне вчування в суб'єктивну картину світу пацієнта   |
| II. Дренування негативних переживань  | Катартичне звільнення від акумульованого напруження, пов'язаного з розчаруванням своїм власним життям, шляхом проєктивного покладання відповідальності за це на осіб свого найближчого оточення | Застосування флеш-техніки для верифікації їх безпосередніх переживань шляхом фокусування змісту сказаного пацієнтом і м'якої, пробакторної нарації зворотної складової переживань | М'які підтримуючі інтервенції. Флеш-техніка  |
| III. Позитивні спогади  | Потреба відчути власне Селф джерелом конструктивної активності  | Емпатичний супровід, вербалізація досвідів більш інтегрованого Его та цілісного Селф  | Флеш-техніка   |
| IV. Переосмислення свого життя та розуміння своєї особистої участі у ньому    | Пробаторне прийняття відповідальності за власне життя, корекція концепції світу і себе  | Відстежування коливань між параноїдно-шизоїдною та депресивною позиціями  | Здійснення підтримуючих флеш-інтервенцій при поверненні до параноїдно-шизоїдної та флеш-інтерпретацій позасвідомого змісту при переході до депресивної позиції. Поступове застосування експресивної техніки за О. Кернбергом |
| V. Осмислення зв'язку між власним життям і актуальною хворобою                | Прийняття відповідальності не лише за всю життєву траєкторію, а й за дану ситуацію  | Покрокове озвучення ключового переживання, виведення його на рівень усвідомлюваної пацієнтом цілісної концепції   | Експресивна техніка за О. Кернбергом   |
| VI. Вибачення себе за зроблені помилки та знаходження нових цінностей у житті | Розв'язання конфлікту «надія проти відчаю»  | Вербалізація переживань пацієнта, у тому числі й пов'язаних з актуальним рівнем перенесення та перспективою завершення психотерапії   | Експресивна техніка за О. Кернбергом   |

## ЛІТЕРАТУРА

1. Пустовойт М. М. До питання психодинаміки психічних розладів інволюційного періоду / М. М. Пустовойт // Вісник психіатрії та психофармакотерапії. — 2007. — № 1 (11). — С. 15-21.
2. Клювер Р. Фокальна терапія / Р. Клювер. — Львів : Интегра, 2004. — 234 с.
3. Eissler K. R. Notes on the psychoanalytic concept of cure / K. R. Eissler // Psychoanalytic Study of the Child 18. — 1963. — Р. 424-463.
4. Основи психодинамічної діагностики і психотерапії : посібник для студентів медичних вузів / М. І. Винник, І. С. Вітенко, І. В. Тодорів [та ін.]. — Івано-Франківськ : МІСТО НВ, 2006.
5. Пустовойт М. М. Роль особистісного фактора в генезі інволюційних психозів / М. М. Пустовойт // Вісник психіатрії та психофармакотерапії. — 2008. — № 1 (13). — С. 45-59.
6. Winnicott D. W. Übergangsobjekte und Übergangsphanomene / D. W. Winnicott // Von der Kinderheilkunde zur Psychoanalyse. — München : Kindler, 1976. — S. 293-312.
7. Gitelson M. (1962) On the curative factors in the first phase in analysis / M. Gitelson // Psychoanalysis: Science and Profession. — N. Y. : International Universities Press, 1973. — P. 311-341.
8. Loch W. Mit Freud über Freud hinaus / W. Loch. — edition diskord. — Tübingen, 2001.
9. Хиншелвуд Р. Д. Словарь кляйнианского психоанализа / Р. Д. Хиншелвуд. — М. : Когито-Центр, 2007. — 566 с.
10. Лох В. (в сотрудничестве с Гельмутом Хинцем). Основы психоаналитической теории (метаспсихология) / В. Лох. — М. : Когито Центр, 2007. — 153 с.
11. Гринберг Л. Введение в работы Биона: Группы, познание, психозы, мышление, трансформация, психоаналитическая практика / Л. Гринберг, Д. Сор, Э. Табак де Бьянчеди. — М. : Когито-Центр, 2007. — 158 с.
12. Loch W. Anmerkungen zur Einführung und Bergung der "Flash"-Technik als Sprechstunden-Psychotherapie / W. Loch // Perspektiven der Psychoanalyse. — Stuttgart : Hirzel, 1986. — S. 107-113.
13. Кернберг О. Тяжелые личностные расстройства: Стратегии психотерапии / О. Кернберг ; пер. с англ. М. И. Завалова. — М. : Независимая фирма «Класс», 2000. — 464 с.
14. Тайсон Р. Психоаналитические теории развития : пер. с англ. / Р. Тайсон, Ф. Тайсон. — Екатеринбург : Деловая книга, 1998. — 528 с.
15. Эриксон Э. Г. Детство и общество / Э. Г. Эриксон : 2-е изд., перераб. и доп. : пер. с англ. — СПб. : Ленато, АСТ, Фонд «Университетская книга», 1996. — 592 с.