

НЕГОСУДАРСТВЕННОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ
ЧАСТНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ДОПОЛНИТЕЛЬНОГО ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО
ОБРАЗОВАНИЯ
ИНСТИТУТ ПРАКТИЧЕСКОЙ ПСИХОЛОГИИ И ПСИХОАНАЛИЗА



УТВЕРЖДАЮ

Директор НОЧУ ДПО «ИППиП»

Т.В. О니кова

2016 г.

ПРОГРАММА
ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ПЕРЕПОДГОТОВКИ

«Психоаналитическая психотерапия»

Москва

2016 г.

Цель данной программы - получение системы знаний о психоаналитической психотерапии и формирование широкого диапазона навыков, техник и стратегий психоаналитической работы с клиентами.

Категория слушателей: Эта программа для тех, кто имеет высшее образование по психологии, медицине, педагогике или социальной работе или профессиональную переподготовку по психологии на основе любого высшего образования, и хочет пройти специальную подготовку в области психоаналитической психотерапии.

Продолжительность обучения: 692 академических часа (3 года)

Форма обучения: очно-заочная

Режим занятий: 24 академических часа в месяц

Документ об образовании: диплом о профессиональной переподготовке с правом ведения профессиональной деятельности в качестве психоаналитического психотерапевта или психолога психоаналитической ориентации.

В ходе обучения слушатели, имеющие опыт личной практической деятельности по специальности, проходят регулярные супервизии, индивидуальные и групповые, по этой практике. Кроме того, они проходят общую практику на базе 14 психиатрической больницы.

По окончании обучения слушатели защищают выпускную аттестационную работу по психоаналитической психотерапии.

План учебного процесса (тематический план)

№№ п/п	Курсы	Трудоемкость в часах				Самост. работа
		Всего	Аудиторные занятия			
			Всего	Теоретиче- ские семинары		
1	Сеттинг, правила и рамки работы	28	24	12	12	4
2	Виды клинического психоанализа (ПА) и психоаналитической	30	24	12	12	6

	психоаналитической психотерапии (ПА ПТ)					
3	Технические методы	28	24	12	12	4
4	ПА диагностика и отбор пациентов	30	24	12	12	6
5	Начальная, средняя и конечная фазы работы	28	24	12	12	4
6	Перенос и контрперенос	30	24	12	12	6
7	Сопротивления и защиты	28	24	12	12	4
8	Внутренний конфликт и компромиссное образование	30	24	12	12	6
9	Теория аффекта и теория травмы	28	24	12	12	4
10	Топографическая и структурная теории личности	28	24	12	12	4
11	Экономическая теория	30	24	12	12	6
12	Динамический подход	28	24	12	12	4
13	Эдипов комплекс	28	24	12	12	4
14	Метапсихология личности	30	24	12	12	6
15	Теория привязанности	28	24	12	12	4
16	Теория влечений З.Фрейда	30	24	12	12	6
17	Теории объектных отношений	28	24	12	12	4
18	Теория детского развития М.Малер	28	24	12	12	4
19	Эго-психология Х.Кохута	30	24	12	12	6
20	Теория собственного-Я Д.Винникотта	30	24	12	12	6
21	Эдипов и доэдиповы уровни психопатологии	28	24	12	12	4
22	Психотическая патология	30	24	12	12	6
23	Пограничная патология	28	24	12	12	4
24	Невротическая патология	28	24	12	12	4
	ИТОГО:	692	576	288	288	116
	Итоговая аттестация: выпускная работа					

По окончании обучения слушатели защищают выпускную аттестационную работу по психоаналитической психотерапии.

Характеристика нового вида профессиональной деятельности, новой квалификации

Область профессиональной деятельности

Область профессиональной деятельности выпускников включает: исследовательскую и практическую деятельность в сфере психологии в учреждениях образования, здравоохранения, в общественных и хозяйственных организациях, административных органах, научно-исследовательских и консалтинговых организациях, а также в сфере частной практики - предоставления психологических услуг или продукции физическим лицам и организациям.

Объектами профессиональной деятельности являются:

1. Системы и процессы охраны здоровья:
 - распространение информации о здоровом образе жизни;
 - изучение психологических факторов формирования поведения, направленного на сохранение здоровья;
 - изучение факторов риска;
 - диагностика установок в отношении здорового образа жизни; поведения, направленного на сохранение здоровья;
 - выявление индивидуальных и средовых факторов, препятствующих формированию установок и поведения, направленных на сохранение здоровья, изучение особенностей межличностных отношений и типичных групповых установок в отношении здоровья;
 - выявление лиц с повышенным риском развития заболеваний, возникновения психологической и социальной дезадаптации;
 - оказание консультативной помощи (профилактическая задача) по вопросам сохранения и поддержания здоровья, формирования важных для поддержания здоровья установок и поведения

2. Системы и процессы воспитания и образования:
 - создание условий для оптимального взаимодействия всех субъектов образовательного и воспитательного процесса;
 - диагностика трудностей в обучении, нарушений и отклонений в психическом развитии, выявление риска асоциального поведения, диагностика психических состояний, возникающих в процессе учебной и внеучебной деятельности, диагностика межличностных отношений в учебных, детских и семейных группах;
 - оказание консультативной помощи всем субъектам образовательного и воспитательного процесса (детям, учащимся, студентам, педагогам, родителям) по вопросам гармоничного развития личности, создания условий для реализации потенциалов развития, оптимального выбора образовательного маршрута, профессионального самоопределения;
 - профилактика нарушений и отклонений в развитии, поведении, нарушении семейных и межличностных отношений.

3. Системы и процессы трудовой и организационной деятельности:
 - анализ и спецификация трудовой деятельности;
 - отбор, оценка и развитие персонала;
 - анализ и диагностика организационных процессов, организационной структуры и культуры;
 - анализ маркетинговых коммуникаций;
 - системы и процессы межличностной, межкультурной и массовой коммуникации.

Виды и задачи профессиональной деятельности:

Виды профессиональной деятельности:

1. практическая;
2. научно-исследовательская;
3. педагогическая;
4. организационно-управленческая.

Задачи профессиональной деятельности:

1. Практическая деятельность:
 - анализ психологических свойств и состояний, характеристик психических процессов, различных видов деятельности индивидов и групп;
 - предупреждение отклонений в социальном и личностном статусе и развитии, в функционировании людей с ограниченными возможностями, а также профессиональных рисков в различных видах деятельности;
 - выявление трудностей в обучении, нарушений и отклонений в психическом развитии, риска асоциального поведения, диагностика психических состояний, возникающих в процессе учебной и внеучебной деятельности;
 - распространение информации о роли психологических факторов в поддержании и сохранении психического и физического здоровья, в процессах воспитания и образования, трудовой и организационной деятельности, коммуникации;
 - формирование установок, направленных на гармоничное развитие, продуктивное преодоление жизненных трудностей, толерантности во взаимодействии с окружающим миром;
2. Научно-исследовательская деятельность:
 - участие в проведении психологических исследований на основе профессиональных знаний и применения психологических технологий, позволяющих осуществлять решение типовых задач в различных научных и научно-практических областях психологии;
 - изучение научной информации, российского и зарубежного опыта по тематике исследования;
 - применение стандартизованных методик;
 - обработка данных с использованием стандартных пакетов программного обеспечения;
3. Педагогическая деятельность:
 - преподавание психологии как общеобразовательной дисциплины;
 - участие в проведении тестирования по итогам обучения;
 - участие в подготовке учебно-методических материалов для обучающихся в общеобразовательных организациях;
 - пропаганда психологических знаний для работников различных сфер жизни общества;

4. Организационная деятельность;
- анализ форм организации взаимодействий с персоналом в трудовых коллективах;
 - выявление проблем, затрудняющих функционирование организации;
 - использование нормативно-правовых и этических знаний при осуществлении профессиональной деятельности

Уровень квалификации в соответствии с профессиональным стандартом:

1. Перечень (пополняемый) утвержденных профессиональных стандартов, соотносимых с образовательной программой:

- Профессиональный стандарт «Психолог в социальной сфере» (утверждён приказом Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации от 18.11.2013г. №682н)

ОТФ – Организация и предоставление психологических услуг лицам разных возрастов и социальных групп

ТФ: А/01.7 Подготовка межведомственных команд по оказанию психологической помощи социальным группам и отдельным лицам (клиентам);

А/03.7 Оказание психологической помощи социальным группам и отдельным лицам (клиентам), попавшим в трудную жизненную ситуацию;

А/04.7 Организация психологического сопровождения и психологической помощи представителям социально-уязвимых слоев населения (клиентам);

А/08.7 Разработка и реализация программ профилактической и психокоррекционной работы, направленных на улучшение состояния и динамики психологического здоровья населения.

- Профессиональный стандарт «Специалист по реабилитационной работе в социальной сфере» (утверждён приказом Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации от 18.11.2013г. №681н)

ОТФ – Социальная реабилитация уязвимых категорий населения

ТФ: А/01.6 Социально-психологическая и социально-педагогическая реабилитация несовершеннолетних клиентов;

А/02.6 Социально-психологическая и трудовая реабилитация трудоспособных клиентов;

А/03.6 Социальная и трудовая реабилитация пожилых людей с тяжелыми хроническими заболеваниями;

ОТФ – Организация реабилитационной помощи уязвимым категориям населения

ТФ: В/01.7 Организация и управление реабилитационным случаем;

В/02.7 Консультирование специалистов учреждений социальной сферы.

2. Уровни квалификации в соответствии с утвержденными профессиональными стандартами, соотносимыми с образовательной программой и приказом Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации № 148н от 12.04.2013г.:

Уровень	Показатели уровней квалификации			Основные пути достижения уровня квалификации
	Полномочия и ответственность	Характер умений	Характер знаний	
6 уровень	Самостоятельная деятельность, предполагающая определение задач собственной работы и/или подчиненных по достижению цели Обеспечение взаимодействия сотрудников и смежных подразделений Ответственность за результат выполнения работ на уровне подразделения или организации	Разработка, внедрение, контроль, оценка и корректировка направлений профессиональной деятельности, технологических или методических решений	Применение профессиональных знаний технологического или методического характера, в том числе, инновационных Самостоятельный поиск, анализ и оценка профессиональной информации	Образовательные программы высшего образования - программы бакалавриата Образовательные программы среднего профессионального образования - программы подготовки специалистов среднего звена Дополнительные профессиональные программы Практический опыт
7 уровень	Определение стратегии, управление процессами и деятельностью, в том числе, инновационной, с принятием решения на уровне крупных организаций или подразделений Ответственность за результаты деятельности крупных организаций или подразделений	Решение задач развития области профессиональной деятельности и (или) организации с использованием разнообразных методов и технологий, в том числе, инновационных Разработка новых методов, технологий	Понимание методологических основ профессиональной деятельности Создание новых знаний прикладного характера в определенной области Определение источников и поиск информации, необходимой для развития области профессиональной деятельности и /или организации	Образовательные программы высшего образования – программы магистратуры или специалитета Дополнительные профессиональные программы Практический опыт

Требования к результатам освоения программы

Компетенции выпускника, формируемые в результате освоения программы переподготовки обосновывает содержание образовательной программы, содержание и формы текущего контроля успеваемости, промежуточной и итоговой аттестации обучающихся.

В результате освоения ДОП выпускник должен обладать следующими компетенциями:

общекультурными компетенциями (ОК):

- способностью использовать основы философских знаний для формирования мировоззренческой позиции (ОК-1);
- способностью анализировать основные этапы и закономерности исторического развития общества для формирования гражданской позиции (ОК-2);
- способностью использовать основы экономических знаний в различных сферах жизнедеятельности (ОК-3);
- способностью использовать основы правовых знаний в различных сферах жизнедеятельности (ОК-4);
- способностью к коммуникации в устной и письменной формах на русском и иностранном языках для решения задач межличностного и межкультурного взаимодействия (ОК-5);
- способностью работать в коллективе, толерантно воспринимая социальные, этнические, конфессиональные и культурные различия (ОК-6);
- способностью к самоорганизации и самообразованию (ОК-7);
- способностью использовать методы и средства физической культуры для обеспечения полноценной социальной и профессиональной деятельности (ОК-8);
- способностью использовать приемы первой помощи, методы защиты в условиях чрезвычайных ситуаций (ОК-9)

общепрофессиональными компетенциями (ПК):

- способностью решать стандартные задачи профессиональной деятельности на основе информационной и библиографической культуры с применением информационно-коммуникационных технологий и с учетом основных требований информационной безопасности (ОПК-1)

профессиональными компетенциями, соответствующими виду (видам) профессиональной деятельности, на который (которые) ориентирована программа:

практическая деятельность:

- способностью к реализации стандартных программ, направленных на предупреждение отклонений в социальном и личностном статусе и развитии, профессиональных рисков в различных видах деятельности (ПК-1);
- способностью к отбору и применению психодиагностических методик, адекватных целям, ситуации и контингенту респондентов с последующей математико-статистической обработкой данных и их интерпретацией (ПК-2);

- способностью к осуществлению стандартных базовых процедур оказания индивиду, группе, организации психологической помощи с использованием традиционных методов и технологий (ПК-3);
- способностью к выявлению специфики психического функционирования человека с учетом особенностей возрастных этапов, кризисов развития и факторов риска, его принадлежности к гендерной, этнической, профессиональной и другим социальным группам (ПК-4);
- способностью к психологической диагностике, прогнозированию изменений и динамики уровня развития познавательной и мотивационно-волевой сферы, самосознания, психомоторики, способностей, характера, темперамента, функциональных состояний, личностных черт и акцентуаций в норме и при психических отклонениях с целью гармонизации психического функционирования человека (ПК-5);

научно-исследовательская деятельность:

- способностью к постановке профессиональных задач в области научно-исследовательской и практической деятельности (ПК-6);
- способностью к участию в проведении психологических исследований на основе применения общепрофессиональных знаний и умений в различных научных и научно-практических областях психологии (ПК-7);
- способностью к проведению стандартного прикладного исследования в определенной области психологии (ПК-8);
- способностью к реализации базовых процедур анализа проблем человека, социализации индивида, профессиональной и образовательной деятельности, функционированию людей с ограниченными возможностями, в том числе и при различных заболеваниях (ПК-9);

педагогическая деятельность:

- способностью к проектированию, реализации и оценке учебно-воспитательного процесса, образовательной среды при подготовке психологических кадров с учетом современных активных и интерактивных методов обучения и инновационных технологий (ПК-10);
- способностью к использованию дидактических приемов при реализации стандартных коррекционных, реабилитационных и обучающих программ по оптимизации психической деятельности человека (ПК-11);
- способностью к просветительской деятельности среди населения с целью повышения уровня психологической культуры общества (ПК-12);

организационно-управленческая деятельность:

- способностью к проведению работ с персоналом организации с целью отбора кадров и создания психологического климата, способствующего оптимизации производственного процесса (ПК-13);
- способностью к реализации психологических технологий, ориентированных на личностный рост сотрудников организации и охрану здоровья индивидов и групп (ПК-14).

Перечень блоков программы, курсов, основных тем

Блок I. Техника работы с пациентами (120 ауд. Час.)

1 – Сеттинг, правила и рамки работы (24 ауд. Час.)

Сеттинг является совокупностью всех правил и рамок работы.

Терапевтический договор устанавливается в течение первых установочных сессий, обычно от 3 до 5. Он включает в себя определенный объем проблем пациента, в которых пациент просит помощи у терапевта. Это сложный вопрос — поскольку многие пациенты дают запрос далеко не на все проблемы, которые у них есть. Терапевт не может помочь пациенту больше, чем пациент сам хочет. Т.е. важна готовность самого пациента к решению своих проблем. Кроме того, часть проблем является бессознательной и задача терапевта определить вместе с пациентом не только осознанные, но и бессознательные проблемы.

Так же в терапевтическом договоре присутствуют договоренности о частоте и времени встреч, размер оплаты, расписание отпусков и перерывов, этические отношения конфиденциальности и многие другие моменты.

Время и частота встреч обсуждаются в первых встречах и устанавливаются по взаимной договоренности однозначно на длительное будущее. Очень важно, что встречи происходят всегда в определенные дни и часы. Опоздания, пропуски, переносы сессий трактуются как сопротивление и анализируются.

Оплата. Как правило, каждый терапевт и аналитик устанавливает определенную сумму оплаты, которую он определяет в зависимости от своей квалификации, финансовых затрат на свой профессиональный тренинг и т.д. Так же учитывается, что в каждом районе, местности, стране существуют среднеустановленные цены на такого рода услуги. Но кроме этого учитываются финансовые возможности пациента. Если терапевт соглашается на льготную цену, то это имеет, как правило, временный характер. Когда доходы пациента будут расти, то цена в будущем может быть пересмотрена.

Отпуска и перерывы. Обычно терапевт говорит о своих предусмотренных отпусках и перерывах на каждый год вперед. Кроме того, он предупреждает о

возможных внеурочных перерывах. Как правило, об этом сообщается за 1-2 месяца. Это важно, чтобы была возможность проговорить о сепарационных чувствах пациента, всколыхивающих травмы потерь из прошлого. Чаще пациенты подстраиваются под перерывы терапевта. Но бывает, что у пациентов так есть заранее известные необходимые перерывы. В таких случаях ищется компромисс и решение должно быть двусторонним.

Обстановка кабинета. Обстановка в кабинете определяется в основном вкусом терапевта. Но терапевт обычно осознает необходимость соблюдения нейтральности, поэтому обстановка при этом имеет тенденцию к не-яркости, не-навязчивости, не-претенциозности. Лучше, чтобы она не мешала пациенту сосредотачиваться на своих мыслях и свободных ассоциациях. Когда терапевт арендует не свой кабинет с обстановкой, в нем бывают элементы, не относящиеся к терапевтическому процессу. Так же, может ведомственная охрана в здании и проход в кабинет может требовать дополнительной идентификации пациента при входе, и т. д. То же относится к случаям, когда терапевт делит кабинет с кем-то из коллег и в нем могут присутствовать детали, говорящие о другом «хозяине» кабинета.

Эти привнесенные вещи являются артефактами и иногда требуют дополнительного обговаривания чувств пациента в связи с этим.

Психоаналитическая нейтральность. В первую очередь нейтральность подразумевает, что содержанием работы является материал пациента, а не терапевта. Здесь нет равенства — пациент говорит о себе все (насколько возможно), а терапевт о себе не говорит ничего. Это является кардинальным отличием терапевтических отношений от реальных. Задачей терапевта (в широком смысле слова) является интерпретировать внутренние конфликты пациента или отзеркаливать его бессознательный контекст ассоциаций. Часто пациенты, в силу переноса, склонны воспринимать это как «мнение» терапевта или его «советы». Этому еще способствует сочувствие терапевта и стремление помочь пациенту. Но нейтральность заключается именно в том, чтобы его высказывания были как можно более профессиональны, а не скатывались просто к сочувствию в бытовом смысле слова. Многие пациенты воспринимают нейтральность болезненно. В силу переноса им всегда хочется «реальных», а не «односторонних» отношений. Работа с переносом так же является очень важной и, наверное, самой трудной в аналитической терапии.

Этические правила. Самым главным в этом является полная конфиденциальность. Пациент должен быть уверен, что терапевт нигде и никогда не разгласит сведений, полученных от него. Этот момент обговаривается в терапевтическом договоре в самом начале работы. Так же терапевт не может принимать родственников или близких знакомых пациента, он должен адресовать их к другим своим коллегам, если встанет такой вопрос. Так же терапевт и пациент не могут вступать ни в какие другие отношения, кроме терапевтических. Нарушение этических правил терапевтом может стать предметом обсуждения на этическом комитете той профессиональной организации, членом которой является терапевт.

2 - Виды клинического психоанализа и психоаналитической психотерапии (24 ауд. час.)

Классический анализ. В основном, он базируется на установках З.Фрейда, родоначальника психоанализа. Обязательными элементами его являются частота 4-5 раз в неделю, лежа на кушетке, длительностью не менее 5-6 лет. Аналитик почти не использует поддерживающих, отзеркаливающих, и т. п. техник, а использует только интерпретации внутреннего конфликта, и, в основном, интерпретирует его через переносные чувства пациента. Все элементы сеттинга соблюдаются с неукоснительной четкостью.

Анализ с параметрами допускает использование поддерживающих и отзеркаливающих техник немного больше, а так же использование интерпретаций не только через перенос, но и относительно реальной текущей жизни, а так же детства пациента. Частота встреч может варьировать от 3 до 5 раз в неделю. Положение так же может быть лежа на кушетке или сидя лицом к лицу. Могут быть индивидуальные нюансы в сеттинге, например, терапевт позволяет пациенту ездить в отпуск в другое время, чем он сам и не берет оплаты за это. Или может не брать оплаты за пропуски, если они договорятся с пациентом о компенсационной сессии за пропущенную.

Экспрессивная психоаналитическая терапия. Частота 2-3 раза в неделю, чаще сидя лицом к лицу, реже лежа на кушетке. Интенсивность экспрессивных интерпретаций (относящихся к внутренним конфликтам), превышает интенсивность поддерживающих и отзеркаливающих техник. В

сеттинге допустимы индивидуальные нюансы, но они должны быть заранее оговорены и предсказуемы.

Экспрессивно-поддерживающая терапия. Интенсивность экспрессивных интерпретаций (относящихся к внутренним конфликтам) примерно равна интенсивности поддерживающих и отзеркаливающих техник. Частота 1-2 раза в неделю. Положение в основном - сидя лицом к лицу. В сеттинге допустимы индивидуальные нюансы, но они должны быть заранее оговорены и предсказуемы.

Поддерживающая терапия. Поддерживающие и отзеркаливающие техники являются основными в работе. Частота от 1 раза в неделю до 1 раза в месяц. Положение - только сидя лицом к лицу. В сеттинге допустимы индивидуальные нюансы, в том числе, не оговоренные и предсказуемые. Этот вид терапии применим к очень тяжелым пациентам, часто не способным полностью осознавать себя и реальность. Чаще он применяется в сочетании с медикаментозными, групповыми и другими видами лечения.

3 - Технические методы (24 ауд. Час.)

Свободные ассоциации. Пациент должен говорить все мысли, приходящие в голову безо всякой критики, независимо от их логичности-нелогичности, важности-неважности, последовательности или ее отсутствия, и т.д. Только в этом случае терапевт может увидеть бессознательный или предсознательный контекст его мыслей и интерпретировать то, что скрыто от самого пациента. Для этого сам терапевт должен находиться в расслабленном спокойном состоянии со свободно парящим вниманием, чтобы воспринимать все высказывания пациента одинаково равноудаленно, не акцентируясь сознательно на чем-то особом. Интерпретации приходят в голову к терапевту так же в виде свободных ассоциаций, а не логическим путем.

Экспрессивные и поддерживающие виды интервенций. Экспрессивные виды интервенций — конфронтация, прояснение, интерпретация, вторичная проработка - вскрывают внутренний бессознательный конфликт и ведут к инсайту, осознанию. Поддерживающие виды интервенций — контейнирование, холдинг, отзеркаливание - помогают пациенту осознавать свои истинные чувства, не касаясь ситуации конфликта. Для осознания

конфликта это пациента должно быть достаточно сильным, чтобы эта информация не стала разрушительной для него.

Конфронтация. Это первичное указание на проявление скрытого конфликта, в чем конфликт проявляется в поверхностном сознательном поведении.

Прояснение. Это указание на такое же проявление конфликта в других областях жизни или в других отношениях. Постепенно пациент осознает тотальность проявления конфликта во всех своих жизненных сферах.

Интерпретация в широком и узком смысле слова. Самым распространенным видом интервенций являются интерпретации. Это слово употребляется в двух смыслах: в широком смысле - это все интервенции терапевта, любые. В узком смысле — это вскрытие внутреннего бессознательного конфликта. В интерпретации должна быть отражена конфликтная ситуация субъекта с первичным объектом, вызывающая фрустрацию или травму и не дающая их взаимоотношениям быть гармоничными и взаимоудовлетворяющими. В переносной интерпретации должно быть отражено, как эта ситуация с первичным родительским объектом повторяется в отношениях пациента с терапевтом. Главное содержание конфликта отражается в аффекте ситуации. Ситуация подразумевает эдипов уровень триадных отношений. Интерпретация дается после конфронтации и прояснения.

Вторичная проработка направлена на исследование формирования конфликта в до-эдипов диадный период развития в первые 3 года жизни (т.е., до эдипова триадного уровня отношений в 3-6 лет жизни). Выяснение — какие были травмы, фрустрации, отклонения в развитии, которые неизбежно привели к неразрешенному конфликту в эдиповых отношениях.

Контейнирование. Это понятие было введено В.Бионом. Подразумевает способность матери или аналитика выдерживать чувства ребенка или пациента и помогать самому ребенку или пациенту переваривать, принимать их.

Холдинг. Понятие было введено Д.Винникоттом. Подразумевает способность матери или аналитика создать адекватную атмосферу заботы и поддержки, способствующую развитию ребенка или решению проблем пациента.

Отзеркаливание. Понятие было введено Х.Кохутом. Подразумевает способность матери или аналитика адекватно чувствовать и отражать чувства ребенка или пациента, способствующее пониманию ребенком или пациентом своих истинных чувств.

4 – Психоаналитическая диагностика и отбор пациентов (24 ауд. Час.)

Понятие анализабельности подразумевает способность пациента к саморефлексии и открытости своим чувствам, понимание символизма аналитических интерпретаций, принятие аналитических отношений в отличие от реальных.

Показанность терапии или анализа подразумевает соответствие степени нарушенности пациента и показанность разных видов терапии в зависимости от степени нарушенности. Чем ближе патология пациента к невротической, тем более показан психоанализ или экспрессивная терапия. И наоборот, чем ближе пациент к психотической патологии, тем более показаны поддерживающие виды терапии, часто в сочетании с медикаментозной, групповой и другими видами терапии.

Доступность (курабельность) подразумевает готовность пациента к переменам в себе. Многие люди, имея проблемы, не идут на терапию или придя к терапевту боятся раскрыться и довериться, поскольку новизна предстоящих изменений может их пугать. Терапевту надо определить и сознательную, и бессознательную курабельность.

Групповая терапия показана пограничным и психотическим пациентам, часто в сочетании с индивидуальной терапией. Нарушенные пациенты часто имеют серьезные расщепления и не могут презентировать все свои субличности одному терапевту. Поэтому они нуждаются в нескольких терапевтах, чтобы как можно больше его субличностей были вовлечены в

терапию. В группе так же есть возможности проекций своих разных субличностей на многих членов группы.

Психотропное лечение показано в основном психотическим пациентам. Периодически они могут ложиться на стационарное лечение при обострении болезни. После стационара им часто назначают медикаменты для амбулаторного приема. Психотерапевт должен быть в контакте с лечащим психиатром и быть в курсе медикаментозного лечения, чтобы понимать, какая часть психики доступна для психотерапии, какая часть психики недоступна из-за болезненного процесса, а какая часть психики недоступна из-за воздействия психотропных медикаментов.

Необходимость стационарного лечения. В остром психозе пациент недоступен для психотерапии и должен быть госпитализирован. Когда обострение проходит, то психотерапевт иногда может посещать пациента в стационаре, договариваясь с ним на определенную частоту встреч. В стационаре трудно соблюдать сеттинг, который был принят в кабинете терапевта и такие встречи требуют дополнительных усилий для организации сеттинга.

Необходимость сочетанного лечения. Сочетанное лечение из вышеперечисленных методов так же в основном показано тяжелым пациентам и чем тяжелее состояние пациента, тем более показано сочетанное лечение.

5 - Начальная, средняя и конечная фазы работы (24 ауд. Час.)

Начальная фаза - установочные сессии. Как правило, установочных сессий не должно быть больше 3-5. За это время терапевт должен определить, возьмется ли он за лечение данного пациента, поскольку при дальнейших встречах интенсивность переносных чувств пациента нарастает, и для него будет уже травматичен отказ терапевта в лечении. За это время терапевт должен обговорить терапевтический договор, сеттинг, показать пациенту технику работы со свободными ассоциациями, показать воздействие интерпретаций и увидеть способность пациента к такой работе. Так же надо определить объем запроса пациента, показать наличие бессознательного и увидеть, насколько пациент приемлет это.

Определение запроса пациента. Подавляющее большинство пациентов начинают с запроса по поводу внешних проблем. Задачей терапевта является показать бессознательное и внутренние проблемы пациента, лежащие под внешними. Для этого надо, чтобы символическая функция пациента была достаточно выражена. При преобладании конкретного мышления и конкретных запросов терапевт должен однозначно сказать, что эти проблемы не в его силах и не в его компетенции. Например, терапевт не может исправить мужа или жену пациента-пациентки, но он может исследовать, как в конфликте с теперешним супругом повторяются нерешенные детские конфликты с родителями. После этого пациент может найти новое решение этим нерешенным конфликтам — но это будет его собственное решение, а не совет терапевта.

Обучение пациента быть «хорошим пациентом». На начальных этапах терапии необходима доля дидактического влияния на пациента. Надо не просто констатировать факт переноса, сопротивления и т. п., а и подробнее объяснить пациенту, что это такое. Так же отчасти надо объяснить необходимость свободных ассоциаций и способ видения в них информации из бессознательного, так же трактовку сновидений и их смысл и т. д. На это уходит от нескольких месяцев до года.

Средняя фаза. Здесь происходит основная терапевтическая работа: интерпретация нерешенных внутренних конфликтов, исследование их корней, обретение пациентом многих инсайтов, расширение видения себя и своих отношений с объектами, понимание многогранности жизни и отношений, и т. д. После этого происходит новое, более зрелое принятие реальности, принятие горевания и переживания многих других тяжелых чувств как неотъемлемой части жизни. Так же происходит адаптация к новому состоянию, когда пациенту возвращаются многие проекции — ему приходится принимать ответственность за них, которую раньше он отвергал, приходится вести ежедневную работу по переживанию чувств, от которых раньше он защищался разными способами, и т. д.

Конечная фаза. Когда пациент почувствовал, что основные его проблемы решены, он начинает думать об окончании терапии. Это решение принимается взаимно обоими — и пациентом, и терапевтом. Все проблемы

решить невозможно, это иллюзия. Необходимо время для расставания со многими иллюзиями, поэтому расставание с терапевтом занимает от нескольких месяцев до года, в зависимости от длительности и интенсивности терапии. Так же очень важен процесс отгоревывания расставания с терапевтом как с новым хорошим родительским объектом. Это горевание всколыхивает старые проблемы и может временно обострить их, несмотря на их предыдущую проработку. Но это только временное обострение. Обычно после окончания терапии ее положительное влияние сказывается еще 1-2 года. Это время нужно для окончательного отгоревывания расставания с терапевтом и со своим детством, путешествие в которое пациент совершал в течение нескольких лет.

Блок II. Основные психоаналитические концепции (216 ауд. час.)

1 - Перенос и контрперенос (24 ауд. Час.)

Перенос. Это понятие подразумевает перенос чувств с первичных родительских объектов на вторичные. Частой ошибкой является поиск каких-то сходств терапевта с кем-то из родителей. Дело не в том, что терапевт похож на родителя пациента, а в том, что пациент переживает те же чувства с терапевтом, какие переживал с родителем в определенной ситуации. Задачей терапевта является исследование этих чувств пациента для воссоздания первичной ситуации в отношениях с тем или другим родителем, в которой возник нерешенный конфликт. В результате интерпретации пациент должен осознать свое постоянное стремление воссоздать такие отношения с объектами теперешней жизни, в которых будут повторяться те чувства, которые пациент переживал в отношениях с первичными объектами. На это пациента толкает нерешенный конфликт.

Контрперенос. Пациент вынуждает терапевта переживать определенные чувства в соответствии с его переносными чувствами. Терапевт может переживать то, что переживал родитель в отношениях с пациентом в детстве пациента. Или пациент может вынуждать терапевта переживать те чувства, которые он переживал сам в отношениях со своими родителями. Первое называется объектным переносом, второе — селф-переносом. В соответствии с переживаемыми чувствами выстраивается определенная конфигурация объектных отношений, где каждый играет свои роли — или роль ребенка, или роль родителя.

2 - Сопротивления и защиты (24 ауд. Час.)

Защиты высшего и низшего порядка.

Вытеснение.

Рационализация и интеллектуализация.

Отреагирование.

Расщепление — горизонтальное и вертикальное.

Отрицание.

Компартментализация.

Эротизация.

Соматизация.

Изоляция.

Всемогущий контроль.

Идеализация.

Обесценивание.

Проекция.

Проективная идентификация.

Диссоциация.

Регрессия.

Защитная прогрессия.

Морализация.

Аннулирование.

Поворот против себя.

Смещение.

Реактивное образование.

Реверсия.

Идентификация с агрессором.

Сублимация.

3 - Внутренний конфликт и компромиссное образование (24 ауд. Час.)

Понятие внутреннего конфликта. Согласно структурной теории личности З.Фрейда из Ид исходят инстинктивные влечения — сексуальные, агрессивные, другие. Из Супер-эго исходят моральные каноны, запрещающие исполнять тенденции Ид. Из внешней реальности так же исходят многие обстоятельства, с которыми надо считаться. В итоге решение чему следовать ложится на Эго. Эго выбирает компромисс между всеми этими тенденциями, и поведение человека следует этому компромиссному решению. Компромиссы бывают разными — более нормальными и более патологическими.

Симптом как компромиссное образование. Очень часто болезнь воспринимается как неспособность исполнить свои инстинктивные желания, грозящие наказанием совести. Совесть так же не мучает больного человека, не способного на запретные поступки. Внешняя реальность так же снисходительно относится к больному человеку и не требует от него того, что потребовала бы от здорового.

4 - Теория аффекта и теория травмы (24 ауд. Час.)

6 компонентов аффекта. От рождения на первой фазе развития младенца, называемой по определению М.Малер фазой нормального аутизма, до 2,5 месяцев, присутствуют соматический и экспрессивный компоненты аффекта. На второй фазе, по определению М.Малер называемой фазой нормального симбиоза, формируются коммуникативный и эмоциональный компоненты аффекта. На третьей фазе развития, называемой М.Малер фазой сепарации, формируются поведенческий и когнитивный компоненты аффекта.

Сигнальная функция аффекта. При полноценном формировании аффекта достигается главная его функция — сигнальная. Тревога, страх, боль и другие негативные чувства должны сигнализировать о реальной опасности, грозящей данной личности. Личность должна уметь правильно использовать этот сигнал для избегания опасности и достижения безопасности. В норме это служит успешной адаптации человека к окружающим обстоятельствам и условиям. При патологии часто бывает, что человек не замечает реальных опасностей и угроз, но чутко реагирует на фантазийные и иллюзорные угрозы. Это часто присутствует при травматическом нарушении личности.

Травматическое расщепление личности называют вертикальным. В отличие от шизоидного или психотического расщепления — горизонтального. Смысл вертикального расщепления в том, что 2 противоположные мысли могут присутствовать в сознании человека и не вступать в конфликт, и человек не осознает, что они не совместимы. Горизонтальное расщепление подразумевает отсутствие связи между сознанием и бессознательным. Тогда наши интерпретации (входящие через сознание) не могут достигать предсознания и бессознательного. И они часто не эффективны при лечении психотических пациентов.

Алекситимия. Дословно — это бесчувствие. Когда травма настолько велика, что боль от нее совершенно невыносима, создается фазовое состояние

сознания, при котором «что воля, что неволя, все равно», или другой вариант - «а мне не больно». Тогда сигнальная функция аффекта становится не востребованной или искаженной. Человек не способен оценивать реальные угрозы, а реагирует только на иллюзорные, похожие на ту травму, которая привела к алекситимии.

Навязчивое воспроизведение травмы. Травмированный человек склонен воспроизводить такие отношения, в которых он снова переживает те чувства, которые переживал во время травмы. Это происходит бессознательно. Часто терапевты слышат — меня травмировал тот-то и тот-то, я пришел к вам за помощью, а теперь вижу, что вы так же травмируете меня, как они. Это, конечно, переносные травматические чувства пациента. Задача терапевта прояснить это. Но часто сами терапевты боятся, что они реально травмируют пациента. На самом деле терапевт только символически травмирует, а не реально, в отличие от реальной травмы прошлого. Здесь очень важна способность пациента понять этот символизм. Если это возможно, мы сможем помочь пациенту пережить не пережитые травматические чувства. Если нет, если пациент параноидно убежден, что терапевт реально травмирует его, никакая наша помощь невозможна.

5 - Топографическая и структурная теории (24 ауд. Час.)

Бессознательное делится на динамическое и нединамическое. Нединамическое — это резервуар влечений и многих других врожденных качеств человека. Динамическое бессознательное — это то, что было когда-то осознанным, но в процессе развития вытеснилось из сознания. По этой причине оно может быть снова вспомнено и на время вернуться в сознание. Неконфликтные психические содержания могут легко вспоминаться и забываться — по мере их необходимости. Конфликтные содержания вспоминаются с большим трудом. Это является одной из важных задач анализа или аналитической терапии — вспомнить именно конфликтные содержания, чтобы исследовать корни и причины конфликта. Бессознательное считается огромным по своим размерам по сравнению с другими частями психики.

Предсознание. Промежуточная область между сознанием и бессознательным. Основная ее функция — цензурирование всего, что проходит из бессознательного в сознание. В зависимости от степени конфликтности содержания оно может быть не допущено в сознание вообще или допущено только частично. Основное воздействие интерпретаций

терапевта направлено именно в предсознание с целью облегчить прохождение какого-то содержания из бессознательного в сознание.

Сознание. Сравнительно маленькое по объему — соответствует способностям каждого человека выносить то или иное количество психических содержаний в относительно бесконфликтном состоянии. Только в таком случае человек чувствует себя сравнительно комфортно. Более зрелый человек способен выносить одновременно и позитивные, и негативные чувства. Менее зрелый человек или ребенок нуждается в защите от негативных содержаний и старается отбирать только позитивные содержания, что является идеализацией. В процессе воспитания ребенка родители стараются поддерживать стимульный барьер, чтобы не перегрузить сознание ребенка. Иначе произойдет психическая травма — интенсивность переживаний превысит способность их выносить.

Ид (Оно) является резервуаром всех инстинктов и влечений человека и связано с сомой (телом). Граница между сомой и психикой пока не известна. Эти влечения находятся в животном, первобытном состоянии — для их реализации необходим поиск социально-приемлемых способов, что достигается в процессе развития. З.Фрейд несколько раз менял свою точку зрения на то, сколько и каких основных инстинктов у человека. Этот вопрос до сих пор окончательно не решен. Большинство аналитиков на сегодняшний день считает основными три вида влечений: сексуальное, агрессивное и инстинкт самосохранения.

Эго (Я) можно назвать центром личности. Ему необходимо найти компромисс между влечениями из Ид и моральными требованиями Супер-эго, а так же требованиями окружающей реальности. Эго — слуга трех господ. Для этого Эго приходится прибегать ко многим психологическим защитам, чтобы защитить личность от психологических травм. Способы, которыми Эго справляется с проблемами, в основном копируются ребенком от родителей и составляют основу характера человека.

Супер-эго (Сверх-Я) является моральным цензором личности. Оно противостоит прямой реализации влечений и вынуждает их преобразовывать в социально приемлемые формы. Часть влечений оно отвергает, часть видоизменяет, часть допускает к прямой реализации. Супер-эго претерпевает эволюцию в процессе развития. В доэдиповом периоде оно очень жестокое. В эдиповом периоде оно смягчается. В подростковом периоде оно становится

еще более демократичным. Нормативы Супер-эго так же перенимаются ребенком у своих родителей в процессе развития.

Сновидения — королевская дорога к бессознательному. Эта формулировка З.Фрейда акцентирует особую важность сновидений для аналитика или терапевта, поскольку именно в сновидениях мы видим бессознательное человека намного более открытым, чем в обычной жизни. В сновидениях тоже присутствует цензура, поэтому явный смысл сновидений отличается от скрытого смысла. Задачей терапевта является увидеть именно скрытый смысл сновидения, особенно неразрешенный конфликт в нем. Цель сновидений — разрешить неразрешенный конфликт. Если это удастся, то человек чаще всего не помнит такой сон. Если это не удастся или удастся только частично, то человек помнит сон более или менее подробно. Символы сновидений очень важны для аналитической работы.

6 - Экономическая теория (24 ауд. час.)

Психическая энергия — это гипотетический конструкт, введенный З.Фрейдом. Он уподоблял ее механической энергии. Например, инстинктивные влечения он сравнивал с течением реки. А запреты Супер-эго — с плотиной, перегораживающей реку. В результате образуются параллельные течения, коллатерали, которые плотина не в силах сдерживать. Динамика функционирования личности подвержена этим законам. Если какое-то влечение остается совсем не разряженным, оно создает напряжение, тревогу в психике. И эта тревога динамически воздействует на человека, мотивируя его поведение. Запреты Супер-эго, вытеснения и другие психологические защиты должны быть достаточно эффективными, чтобы создать мощную плотину для такой реки. Но в то же время невозможно игнорировать неразрядку инстинктов - тогда степень удовлетворенности человека будет ниже, чем степень неудовлетворенности. Без достаточной удовлетворенности человек не может нормально функционировать. От рождения ребенок живет по принципу удовольствия. И только в процессе взросления это сменяется принципом реальности.

Волновой закон напряжения и разрядки. Интенсивность каждого влечения меняется со временем — есть период нарастания ее, потом должна быть разрядка, потом наступает спад интенсивности, потом постепенно снова начинается подъем. И так непрерывно.

7 - Динамический подход (24 ауд. час.)

Неразрешенные детские конфликты с родительским объектом со временем перерастают в психические структуры, становятся способом функционирования человека. Для этого должна произойти интернализация конфликта: противостояние между стремлением ребенка к удовольствиям и родительскими запретами на это превращается в противостояние между Ид и Супер-эго ребенка.

Взрослое функционирование личности во многом является повторением детских неразрешенных конфликтных ситуаций. Это происходит в случаях недостаточной интернализации конфликта. Задачей терапевта является способствовать завершению этого процесса через проработку повторяющихся конфликтов в переносе.

8 - Эдипов комплекс (24 ауд. Час.)

Эдипова ситуация как финальная структура личности. З.Фрейд взял древнегреческий миф о царе Эдипе как основную метафору для понимания формирования ядерной структуры личности в возрасте 3-6 лет. Инстинктивные влечения ребенка выражены в стремлении к любви и полному обладанию родительским объектом противоположного пола, а так же конкуренцией и ненавистью к родителю своего пола. Адекватные родительские запреты позволяют развиваться Супер-эго ребенка для адекватного восприятия реальности — что ребенок еще слишком мал для таких стремлений. Для интернализации этого конфликта необходима атмосфера родительской любви и заботы о ребенке, тогда ребенок в состоянии принять свою малость и необходимость взросления и обучения.

Нормальным разрешением эдипова конфликта будет понимание ребенком, что не все инстинктивные желания могут быть исполнены, как ему хочется. Это знаменует переход от принципа удовольствия к принципу реальности. Например, сыну надо понять, что мама замужем за папой и не может стать его женой. Кроме того, это невозможно и по причине разницы поколений, а так же по причине запрета на инцест. Эти запреты должны быть интернализированы собственным Супер-эго ребенка и стать его собственными убеждениями. Ему еще надо многому учиться и расти, чтобы повзрослеть до того, как он обретет право на взрослые любовные отношения и на выбор себе жены-сверстницы, не являющейся инцестуозным объектом.

При невротическом разрешении эдипова конфликта остается инфантильная фиксация на родительских инцестуозных объектах, например,

для мужчины мечта жениться на матери и убить отца живет в бессознательном и мотивирует его поведение. Например, у одного молодого человека был навязчивый страх не выключить газ или свет при уходе из дома. Он помногу раз возвращался и проверял, выключил ли он все. В результате анализа вскрылась бессознательная фантазия, что если он забудет что-то выключить, случится пожар, сгорит дом, построенный отцом, отец не вынесет этого удара и умрет от горя. Тогда пациент останется жить с матерью и влачить нищенское существование, потому что они будут лишены отцовских денег. Супер-эго не допускает осознанного триумфа эдиповой победы и представляет его в перевернутом виде — влечение нищенского существования. В этом содержится одновременно и наказание за недозволенную эдипову победу. В реальной жизни этот пациент никак не мог наладить любовные отношения с девушкой-сверстницей и жил с родителями.

9 – Метапсихология личности (24 ауд. Час.)

Метапсихология - это синтетическая модель нормальной и патологической деятельности психики, объединяющая теорию влечений, топографическую модель психики и структурную теорию психики. В то же время метапсихология является отправной точкой для теории объектных отношений и других теорий.

Под судьбами влечений З.Фрейд подразумевал способы защит, которые воздвигаются против этих влечений. В итоге судьбами влечений могут стать: превращение в свою противоположность, обращение на самого субъекта вместо объекта, вытеснение и сублимация. Например, агрессия в виде садизма превращается в мазохизм и потом по ходу развития они могут чередоваться в поведении человека. Аналогичные превращения претерпевают вуайериз-экспозиционизм и т.д.

Постепенный синтез влечений. Первоначально влечения проявляются независимо друг от друга и лишь в более поздний период объединяются в более или менее полную общность. Целью, к которой стремится каждое из них, является наслаждение соматического органа. Лишь после их объединения они начинают выполнять функцию продолжения рода, таким образом проявляясь как сексуальное влечение.

Любовь и ненависть. Несмотря на противоположность этих чувств они часто встречаются вместе в адрес одного и того же объекта. Способность выдерживать такую амбивалентность является признаком достаточной

зрелости субъекта. Изначально ребенок не способен к такому совмещению и расщепляет образ объекта на плохой и хороший, идеализируя при этом хороший объект. При взрослении он проделывает большую внутреннюю работу, чтобы эмоционально принять и полюбить не идеальный, а реальный объект. Чувство любви проистекает из сексуального инстинкта, а чувство ненависти — из агрессивного инстинкта. Объект любви несет субъекту много удовольствия, но так же он покушается на чувство самосохранения, грозя субъекту растворением его собственного Я в любовном объекте. Он этого субъект вынужден защищаться ненавистью.

Печаль и меланхолия. При нормальной печали, в случае потери объекта любви, опустевает весь окружающий мир. При патологической печали — меланхолии — опустевает собственное Я. Это связано с вопросом - потерял ли человек объект любви, или он потерял свой идеал. Во втором варианте — психотическом — человек отступает в свой нарциссизм и разрывает связи с внешним миром. Частым вариантом такого исхода являются самообвинения и уничтожения человеком самого себя. За этим кроется обвинение другого человека. Это создает большие трудности в переносных отношениях в терапии. Трудно лечить человека, заранее уверенного в неспособности терапевта помочь ему.

Блок III. Основные теоретические направления (144 ауд. час.)

1 - Теория влечений З.Фрейда (24 ауд. час.)

Оральная фаза. З.Фрейд выделил три фазы в развитии детской сексуальности — оральную, анальную и генитальную. К.Абрахам выделил в них раннюю и позднюю стадии. Их понимание очень важно в связи с точками фиксации различных психоневрозов. На ранней доамбивалентной оральной стадии младенец получает удовольствие от сосания груди матери. На поздней орально-садистической стадии младенец получает удовольствие от кусания твердой пищи, а так же от любого кусания. Эти стадии связаны с точками фиксации психозов — шизофрении, паранойи, т. д.

Анальная фаза. На ранней анально-садистической стадии младенец получает удовольствие от эвакуации своих выделений, здесь находится точка фиксации депрессии. На поздней анально-садистической стадии удовольствие связано с удержанием и контролем над выделениями, это точка фиксации обсессивного невроза.

Генитальная фаза связана с приматом генитальных удовольствий. Она тоже разделена на две стадии, но они разнесены во времени. Ранняя стадия соответствует детсадовскому возрасту, удовольствие в основном связано с детским эксгибиционизмом и вуайеризмом. Это точка фиксации истерических неврозов. Поздняя генитальная стадия происходит в подростковом периоде полового созревания и ведет к зрелой способности к полноценным взрослым любовным отношениям.

4 компонента влечения, выделенные З.Фрейдом: степень инстинктивного напряжения, поиск объекта любви, конфигурация связи с объектом, способ разрядки. В каждом возрасте они разные в соответствии с возрастными потребностями, описанными выше по стадиям развития. З.Фрейд делал акцент на первичной важности способа разрядки, а объект он считал вторичным и взаимозаменяемым. При отсутствии объекта любви влечения обращаются на сам субъект и становятся аутоэротическими.

2 - Теории объектных отношений (24 ауд. Час.)

Теория разрядки влечений против теории поиска объекта. В теории объектных отношений объект имеет первостепенное значение по сравнению с разрядкой влечения. Подтверждением этому служат наблюдения остановки в развитии младенцев при отсутствии необходимого объекта. Р.Шпитц описал анаклитическую депрессию и раннюю младенческую смерть (до 1 года) при достаточной физической заботе в домах ребенка, но при отсутствии эмоционального любовного контакта заботящегося лица с младенцем.

Монадные, диадные, триадные отношения. Монадные отношения свойственны первому полугодю жизни младенца, когда он еще не разделяет себя как субъекта и мать как объект и воспринимает обоих как одно единое целое. Глядя в лицо матери он считает его своим собственным. После полугодия он начинает различать, что относится к нему, а что к матери. Это фаза диадных отношений. В более патологических случаях развития остальных людей он считает чужаками, разрушающими его миропредставление и отвергает их. В более нормальных случаях развития они представляются ему другими ипостасями его матери и только таким образом он может контактировать с ними. На третьем году жизни начинается период триадных отношений, он соответствует эдипову периоду. Ребенок начинает воспринимать других членов семьи, третьих лиц как отдельных и тоже значимых для него. Начинает понимать разницу между матерью и

другими людьми. Начинает понимать, что у матери с третьими лицами тоже есть значимые отношения, в которых субъект является «третьим лишним».

Клейнианское направление. М.Клайн описывала ранние триадные отношения в доэдиповом возрасте. Считала инстинкт смерти главной динамической силой в развитии ребенка. Очень значимой была ее идея лечить не невроз, а подлежащий под ним психоз — тогда невроз сам пройдет. Описала важные психологические механизмы проекции и проективной идентификации. Так же описала понятия шизоидно-параноидной и депрессивной позиций. Шизоидно-параноидную позицию можно описать как идеализацию принципа удовольствия и преобладание первичных когнитивных процессов над вторичными. А депрессивную позицию — как принятие принципа реальности, амбивалентности этой реальности и выдерживание негативных чувств к объекту наряду с позитивными. Многие неоклейнианцы отказываются от понятия инстинкта смерти и понятия ранних триадных отношений в доэдипов период, в частности В.Бион. Его понятие контейнирования сыграло важную роль в развитии психоанализа. П.Хейман описала контрперенос как конструктивный рабочий инструмент аналитика, в отличие от негативного отношения З.Фрейда к контрпереносу как к помехе в аналитическом процессе.

Р.Фейерберн и Г.Гантрип сыграли важную роль в понимании формирования ранних шизоидных отношений и понимании психотической патологии. Многие аналитики до них писали о депрессивном конфликте (или конфликте амбивалентности) как как основе всех психологических конфликтов, где главным фактором, угрожающим отношениям субъекта с объектом была ненависть. Р.Фейерберн и Г.Гантрип впервые описали шизоидный конфликт, в котором не ненависть, а любовь является главным угрожающим фактором. А точнее — безграничность любви, ненасытность и угроза поглотить объект любви, тем самым разрушив его. Они ввели понятия внутреннего либидинального объекта, внутреннего антилибидинального объекта, внутреннего Я, внешнего (фасадного) Я — как составные компоненты доэдипова Эго пациента.

3 - Теории детского развития (24 ауд. Час.)

Ш.Ференци, М.Балинт. Ш.Ференци был современником и самым любимым учеником З.Фрейда. Но они вели постоянный спор о разнице в подходе к пациенту. Вкратце можно сказать, что Ш.Ференци разрабатывал концепцию «материнского» анализа, т. е., анализа доэдиповых проблем пациента.

З.Фрейд же разрабатывал принципы «отцовского» анализа — акцентирующемся на эдиповых проблемах. М.Балин был продолжателем идей Ш.Ференци и многие из них он развил очень плодотворно.

М.Малер. На сегодняшний день стадии раннего детского развития по теории М.Малер являются основополагающими в этой области.

1 фаза — нормального аутизма, от рождения до 2,5 мес. Доминирует физиологическая жизнь, врожденная экспрессия отражается ее в виде эндогенной улыбки, не адресованной объекту, и эндогенным плачем. Изначально психологическая жизнь отсутствует и появляется только постепенно в виде социальной улыбки, адресованной человеческому лицу. Примерно к концу этого периода количество социальных улыбок начинает превышать количество эндогенных улыбок.

2 — фаза нормального симбиоза. Благодаря социальной улыбке становится возможным психологический контакт с матерью в довербальной форме, в играх «гули-гули». Младенец способен воспринимать голос, вокал матери, ее запах, ее моторику. Задачей матери является адекватное отзеркаливание лицевой и телесной экспрессии ребенка. Это является ядром его формирующегося собственного Я. Изначально ребенок считает мать и себя единым целым, и чтобы ему адекватно ощущать себя, ему надо в матери как в зеркале увидеть свое эмоциональное состояние. Интуитивная эмпатия матери играет решающую роль в развитии ребенка на этой стадии.

3- фаза сепарации-индивидуации.

а) подфаза дифференциации. Примерно — от 5-6 мес. - до 9-12 мес. Ребенок начинает чувствовать себя отдельным и мать отдельной. Появляется сознание Я и не-я. Мать становится либидинозным объектом. Отношения становятся диадными. Мать воспринимается младенцем еще не персонально, а как мать-обстановка или мать-атмосфера. В среднем в возрасте 8 месяцев случается страх чужака. Ребенок перестает одинаково хорошо относиться ко всем заботливым взрослым и начинает эксклюзивно выбирать мать или няню, которая находится с ним больше времени, чем мать, или эмоционально чувствует его лучше, чем мать. В норме этот кризис может быть не очень заметен и выражается в основном тем, что ребенок ориентируется на мать в отношении других людей — как она к ним относится, так и он.

б) подфаза практики. Примерно с 9-12 мес. - до 15-18 мес. Ребенок активно познает мир вокруг себя, начинает ползать и ходить. Начинает отличать мать от окружающего мира, т.е., от обстановки. Т.о., мать начинает восприниматься более персонально. Можно назвать этот период нормальной

маниакальностью, когда ребенок влюблен в весь мир и в свои возможности познавать его.

в) подфаза конфликта амбивалентности или воссоединения. От 15-18 мес. - до 2 лет. Если раньше ребенок расщеплял образ матери на хороший («добрую фею») и плохой («бабу-ягу»), то сейчас он становится способен понять, что и та, и другая являются одной и той же его реальной матерью (или основным ухаживающим лицом). Происходит де-идеализация материнского объекта. Он понимает, что мать может и приносить очень большое удовольствие, и сильно фрустрировать, если она задерживается с исполнением потребностей ребенка. Аналогично он испытывает сильное разочарование в идеальной картине мира, например — если у тебя есть конфета, то она есть. Если ты ее съел и получил удовольствие, то конфеты у тебя уже нет. В мире нет неиссякаемого источника удовольствий, нет «молочных рек с кисельными берегами». Можно или иметь конфету, или съесть ее только один раз. Ребенок становится на время капризным и требовательным, пытаясь вернуть свой прежний идеальный мир. Можно назвать этот период нормальной депрессией.

г) подфаза константности либидинозного объекта и собственного Я. 3-й год жизни ребенка. За это время ребенок постепенно принимает не-идеальность матери и окружающего мира и примиряется с этим. В случае нормального развития он понимает, что несмотря на трудности и фрустрации этот мир более хорош, чем плох. Он начинает выдерживать амбивалентность чувств — когда к одному объекту есть и позитивные, и негативные чувства. Идеальная картина мира сменяется более реальной. Так же в этот период ребенок начинает отличать других взрослых от матери и перестает их считать другими ипостасями матери. У него налаживаются отношения с отцом и другими членами семьи. Отношение к взрослым и другим детям становится более индивидуальным, персональным. Появляется понимание разницы полов, сексуальный интерес к гениталиям, способность к триадным отношениям.

4 — Эго-психология (24 ауд. Час.)

Анна Фрейд, в отличие от своего отца обратила внимание на важность психоаналитической работы с психологическими защитами как проявлениями Эго. Сам Зигмунд Фрейд не считал нужным прорабатывать и преодолевать защиты пациента и просто ждал, когда пациент сам их преодолеет. Он считал важным только анализировать материал о влечениях, исходящих из Ид. А.Фрейд описала много новых видов защит, в частности, очень важный вариант защиты — идентификацию с агрессором у детей. Она

посвятила много времени исследованию детского развития и разработала опросник по детскому развитию. Исторически так сложилось, что она работала в одно время с Мелани Клайн в Лондоне и их теории конкурировали друг с другом. А.Фрейд акцентировала роль матери в развитии ребенка, а М.Клайн постулировала инстинкт смерти ребенка как более важный, чем роль материнской заботы. В то время в Британии теория М.Клайн «победила», стала более «модной». Но многие последователи А.Фрейда переехали в США и там развили идеи А.Фрейда в разных и очень плодотворных направлениях. Эго-психология получила наибольшее развитие в США.

Х.Хартманн в отличие от З.Фрейда постулировал, что Эго является не «отростком» Ид, а имеет самостоятельный врожденный источник в психике человека. З.Фрейд представлял Эго только «службой 3 господ», а Х.Хартманн придал Эго более самостоятельное значение в мотивации человека.

5 - Теория собственного-Я (24 ауд. Час.)

Д.Винникотт изначально был педиатром, что способствовало его особому интересу к детскому развитию. Многие его принципы стали революционными в аналитической теории. Его выражение «нет ребенка без матери» выражало особую важность материнской заботы, отсутствие способности самого младенца быть без матери. Подспудно, это положение противостояло постулату М.Клайн в том, что главным является не забота матери, а инстинкт смерти у младенца. Они были современниками, и борьба идей тогда была очень выражена. Теория М.Клайн не смогла «победить» идеи Д.Винникотта, как она смогла «победить» теорию А.Фрейда.

Так же важной является идея Д.Винникотта, что «хорошая мать возвращает младенцу его собственное Я». Без своевременного исполнения потребностей младенца он является не целостным, а фрагментированным или расщепленным. Отсутствие хорошей матери, т. е., несвоевременное исполнение его потребностей, для ребенка является галлюцинаторным присутствием мучающей его «бабы-яги». Если мать отсутствует слишком долго, то для эмоционального выживания младенцу не остается ничего другого, как идентифицироваться с «агрессором», т. е., «бабой-ягой», принимать ее образ. Тогда собственное Я перестает играть решающую роль в психической жизни личности. Идея идентификации с агрессором принадлежит А.Фрейд. М.Клайн исследовала младенцев, потерявших матерей и принимала их идентификацию с агрессором за их собственное Я и приписывала эти агрессивные тенденции инстинкту смерти.

Очень важны идеи Д.Винникотта в понимании смысла детской игры; в понимании чувства ненависти в контрпереносе; в понимании фасилитирующего окружения, облегчающего развитие ребенка; в понимании формирования способности быть в одиночестве как творческом процессе в случае нормального развития, в противовес чувству одиночества как страданию в патологических вариантах развития.

Х.Кохут делал акцент на нарциссических нарушениях личности и внес свой оригинальный взгляд на это. Очень важным является его теория о нарциссических видах переноса.

а) Зеркальный перенос подразумевает идеализацию пациентом самого себя. Пациент чувствует себя грандиозным и всемогущим, а терапевта — жалким и ничтожным.

б) Перенос грандиозного Я подразумевает идеализацию терапевта, так что пациент чувствует себя в атмосфере любви и безопасности рядом с таким всемогущим объектом.

в) Близнецовый перенос — ощущение полной идентичности себя и терапевта. Это так же создает атмосферу любви и безопасности, когда пациент в слиянии с себе подобным.

Х.Кохут так же внес в аналитическую теорию очень важное понятие аналитической техники работы — отзеркаливание. Он считал, что даже если всего один родитель мог адекватно понимать чувства ребенка и соответственно показывать (отзеркаливать) их ребенку, то этого достаточно, чтобы собственное Я ребенка могло адекватно развиваться и не дать пересилить другим субличностям (в частности, идентификации с агрессором, идентификации с родителем, что часто является синонимами) в их роли в мотивации эмоциональной жизни человека.

6 - Теория привязанности (24 ауд. Час.)

Д.Боулби считает, что мать и младенец входят в саморегулирующуюся систему, части которой взаимообусловлены. Привязанность между ними в рамках этой системы отличается от «отношений» тем, что привязанность понимается лишь как часть комплексной системы отношений. Теория привязанности соединяет этологическое, системное и психоаналитическое мышление с подходом с позиции психологии развития. Стремление к близким эмоциональным отношениям понимается как основной, специфически человеческий элемент, заложенный с рождения и сохраняющийся до самой старости. Это обеспечивает нам безопасность, дружелюбное понимание и помощь окружающих лиц. Несмотря на огромное

значение пищевого и сексуального влечений, привязанность как таковая из-за своей жизненно важной функции имеет самостоятельное значение. На основе этой теории создан клинически очень важный опросник, диагностирующий надежные и ненадежные виды привязанности.

Блок IV. Психопатология (96 ауд. час.)

1 - Эдипов и доэдиповы уровни патологии (24 ауд. Час.)

Изначально З.Фрейд создал аналитическую технику работы для так называемых неврозов переноса — истерических и навязчивых. Только при них он наблюдал классический перенос чувств пациента с родительских объектов на терапевта. И в их клинике разворачивалась классическая картина эдипова конфликта: любовное стремление к родителю противоположного пола и ненависть к родителю своего пола. Остальные психоневрозы — депрессию, паранойю, шизофрению, наркомании, травматические расстройства, перверзии, психосоматические болезни и т. д. - он считал некурабельными классическим методом психоанализа. Но он предвидел, что дальнейшие исследования приведут к появлению новых модификаций психоаналитической техники, чтобы стало возможно помогать и этим пациентам.

Так и случилось, благодаря новым открытиям, многие из которых описаны выше в этой программе. Кроме эдипова конфликта был открыт конфликт амбивалентности, являющийся основой многих пограничных состояний, а так же шизоидный конфликт, являющийся основой психотической патологии. Были открыты другие виды переносов, в частности, нарциссические, являющиеся основными при тяжелой патологии. Работа с переносом, с использованием контрпереносных чувств стала основной при аналитической работе.

2 - Психотическая патология (24 ауд. Час.)

Психотическим пациентам требуется комплексное лечение, включая медикаментозную терапию. Периодически пациенты могут ложиться в стационар. Психологически для них это означает попасть снова в первичную симбиотическую мать-обстановку.

Вне стационара такую симбиотическую мать-обстановку для них должны создавать Терапевтические сообщества, где в динамике большой группы они учатся функционировать социально приемлемыми способами, включая их родственников и специалистов в области психического здоровья. В

амбулаторных условиях они так же могут нуждаться в поддерживающих дозах психотропных препаратов.

Групп-аналитическая или динамическая терапия в малых группах им так же показана.

Индивидуальная аналитическая терапия большей частью является поддерживающей, базирующейся на нарциссических видах переноса.

Психосоматическим пациентам требуется аналогичный подход, с той разницей, что стационарируются они не в психиатрические, а в соматические учреждения. И медикаменты им показаны больше соматические, чем психотропные. Хотя часто можно видеть хороший эффект в соматическом состоянии от психотропных препаратов.

3 - Пограничная патология (24 ауд. Час.)

Пограничные пациенты большей частью прибегают к стационарному лечению импульсивно, попадают туда редко и кратковременно. Психотропное лечение им часто показано, но они далеко не всегда им пользуются. Часто это бывает большим успехом терапии, когда пациент начинает осознавать необходимость психотропного лечения.

Основными видами лечения для них являются групповая терапия в малых динамических группах, семейная или парная терапия, индивидуальная аналитическая терапия. Техника работы смешанная — экспрессивно-поддерживающая. Надо работать и с нарциссическими, и с объектными видами переноса.

Депрессии, извращения, наркомании, травматические расстройства, задержки развития требуют во многом похожей тактики. Хотя здесь много индивидуальных нюансов. Для наркоманов и алкоголиков, например, симбиотическую мать-обстановку создают специальные группы «12 шагов» и т. п. А так же требуется соматическая дезинтоксикация в стационаре с применением и соматических, и психотропных препаратов.

4 - Невротическая патология (24 ауд. Час.)

Показана индивидуальная экспрессивная терапия или психоанализ в классическом или современном варианте. За более, чем 100-летнюю историю развития психоанализа и психоаналитической терапии создано много школ и направлений этих методов. Невротические пациенты способны выдерживать аналитический сеттинг, который является слишком жестким для многих

психотических и пограничных пациентов. Но и они требуют определенной доли поддерживающих интервенций в работе, наряду с экспрессивными.

Примерные темы выпускных работ:

1. Техника психоаналитической психотерапии
2. Терапевтический договор.
3. Начальная фаза терапии.
4. Теория влечений З.Фрейда.
5. Теория М.Клайн.
6. Теория М.Малер.
7. Понятие психической травмы, роль аффекта.
8. Внутренний конфликт и компромиссное образование.
9. Перенос и контрперенос.
10. Психологические защиты и сопротивления.

Учебно-методическое обеспечение программы:

а) Основные источники:

1. З.Фрейд. 11-томное собрание сочинений. М., Фирма СТД, 2006.
2. Ж.-М.Кинодо. Читая Фрейда. М., Когито-Центр, 2012.
3. М.Малер. Психологическое рождение человеческого младенца. М., Когито-Центр, 2011.
4. П.Куттер, др. Психоанализ. М., Когито-Центр, 2011.
5. Психоаналитическая хрестоматия. Под ред. М.Ромашкевича. М., Геррус, 2005.
6. Ф. И Р.Тайсоны. Психоаналитические теории развития. М., Когито-Центр, 2006.
7. Р.Гринсон. Техника и практика психоанализа. М., Когито-Центр, 2003.
8. Д.Сандлер, др. Пациент и психоаналитик. М., Когито-Центр, 2007.

б) Дополнительная литература:

1. Даулинг С. (Сост.). Психология и лечение зависимого поведения. М, Класс, 2008.
2. Ежегодник по психотерапии и психоанализу 2012. М. Когито-Центр. 2012.
3. В.Волкан, др. Жизнь после утраты. М., Когито-Центр, 2007.
4. Д.Пайнз. Бессознательное использование женщиной своего тела. Спб., ВЕИП, 1997.
5. Терапевтические факторы в психоанализе. (Сборник). Под ред. А.Казанской. М., Когито-Центр, 2007.
6. Меннингер К. Война с самим собой. М. 2000.
7. Терапевтические отношения в психоанализе. М., Когито-Центр, 2007.
8. Д.Боулби. Привязанность. М., Гардарики, 2003.
9. Эротический и эротизированный перенос. (Сборник). Под ред. М.Ромашкевича. М., ИОИ, 2003.
10. Конечный и бесконечный анализ Зигмунда Фрейда. (Сборник). Под ред. Д.Сандлера. М., Интерна, 1998.
11. Патопсихология, психоаналитический подход. Под ред. Ж.Бержере. М., Аспект пресс, 2008.
12. В.Гранов. Будущее эдипова комплекса. Спб., ВЕИП, 2001.
13. Ю.Кристева. Силы ужаса. Харьков, Спб., Алетейя, 2003.
14. Клинические лекции по Кляйн и Биону. Под ред. Р.Андерсона. М., Когито-Центр, 2012.
15. Р.Бриттон, др. Эдипов комплекс сегодня. М. Когито-Центр, 2012.

16. Антология современного психоанализа. (Сборник). Под ред. А.Россохина. М., ИП РАН, 2000.
17. Французская психоаналитическая школа. (Сборник). Под ред. А.Жибо, др. Спб., 2005.
18. Д.МакДугалл. Театры тела. М., Когито-Центр, 2007.
19. В.Тэхкэ. Психика и ее лечение. М., Академический проект, 2001.
20. Г.Гантрип. Шизоидные явления, объектные отношения и самость. М., ИОИ, 2010.
21. Г.Кристалл. Интеграция и самоисцеление. М., ИОИ, 2006.